324

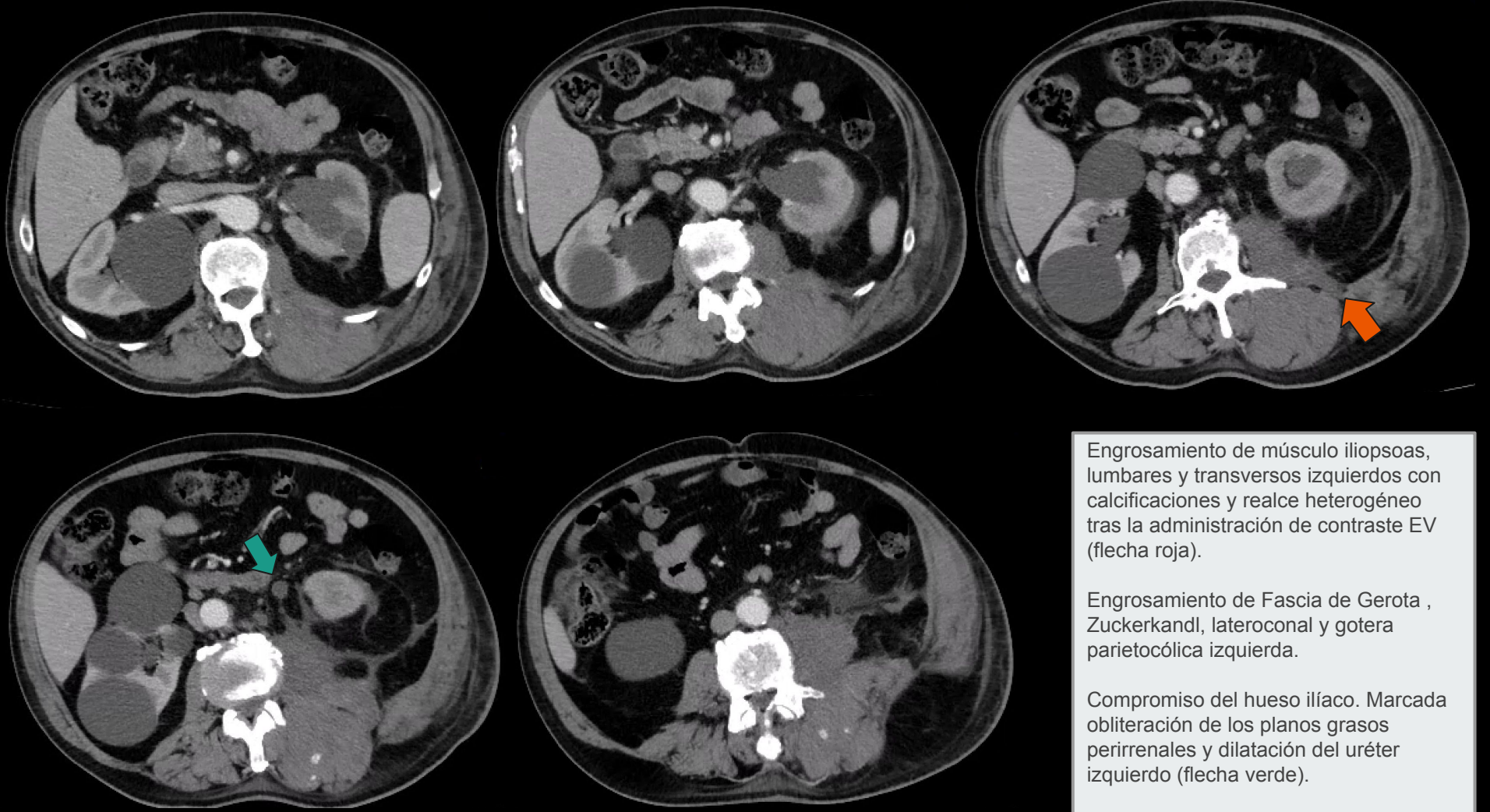
LINFOMA NO HODGKIN DE MÚSCULO PSOAS IZQUIERDO

Rosario, Santa Fe, Argentina.

Campos Aymara
Colombini María
Ricciuti Alan
Baudino Agustín
Pueyo Carolina

CASO CLÍNICO RADIOLÓGICO

- Paciente de sexo masculino de 56 años.
- Antecedentes: dolor lumbar crónico, Ca de próstata operado, con talla vesical.
- Consulta por incremento de su dolor lumbar que se hace de tipo invalidante, asociado a disuria, polaquiuria, puño percusión izquierda positiva, flexo extensión dolorosa de cadera izquierda y aislados registros febriles.
- Laboratorio: Hb 9,1.
- Se solicita TC de abdomen y pelvis con contraste EV.
- Biopsia bajo TC: Cilindros de tejido fibromuscular, con infiltrado por células de pequeño tamaño de aspecto linfoide, en sectores desvitalizados con difusión cromática.
- Inmunohistoquímica: proliferación de estirpe linfoide, vinculable al compromiso por un linfoma No Hodgkin B, de células morfológicamente intermedias y grandes, CD 20 +, de alto grado.



Engrosamiento de músculo iliopsoas, lumbares y transversos izquierdos con calcificaciones y realce heterogéneo tras la administración de contraste EV (flecha roja).

Engrosamiento de Fascia de Gerota , Zuckerkandl, lateroconal y gotera parietocólica izquierda.

Compromiso del hueso ilíaco. Marcada obliteración de los planos grasos perirrenales y dilatación del uréter izquierdo (flecha verde).

DISCUSIÓN

- El linfoma representa aproximadamente el 5-6% de todas las neoplasias, la afectación muscular puede ocurrir de forma primaria o secundaria, ocurriendo la afectación primaria en aproximadamente un 1.5% de los linfomas no Hodgkin. Pueden tener compromiso focal o difuso, único o múltiple.
- En TC se puede observar engrosamiento con preservación de la morfología en huso del músculo, densidad de la lesión similar a la del músculo normal y puede ser difícil de detectar incluso tras la administración de contraste EV, con captación moderada del mismo, adenopatías retroperitoneales.
- La clínica suele ser dolor muscular, síntomas sistémicos (fiebre, inflamación, pérdida de peso), o presentarse de forma asintomática, tener un curso indolente o ser rápidamente progresivo.

CONCLUSIÓN

- El cuadro clínico manifestado por plexopatía proximal lumbosacra dada por dolor a la flexión pasiva y activa de la cadera , exacerbándose a la extensión de esta, causado por tumores del músculo psoas iliaco manifestándose principalmente con síntomas compresivos severamente incapacitantes es conocido como síndrome del Psoas Maligno.
- Dada la poca frecuencia en cuanto a reportes de casos de esta patología, los cuadros de linfoma con afectación del músculo psoas suelen presentar un diagnóstico tardío por su clínica inespecífica retardando de esta forma el inicio del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Akuzawa N, Hatori T, Takase A, Aoki J, Sakurai S, Kurabayashi M. Linfoma maligno en el músculo psoas mayor. Representante de caso Hematol. 2017;2017:3902748. doi:10.1155/2017/3902748 - Pubmed
- http://seram2008.seram.es/modules.php?name=posters&file=viewpaper&idpaper=531&idsection=2&in_window=&forpubli=
- https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-dolor-dificil-sindrome-del-psoas-S1134248X14000500
- https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2014/S-0582/revisi%C3%B3n%20del%20tema
- https://www.revistahad.eu/index.php/revistahad/article/view/158/221