

Alicia Rodríguez Velasco,\* Irene Rivera Salgado,\*\* Javier Hernández López\*\*

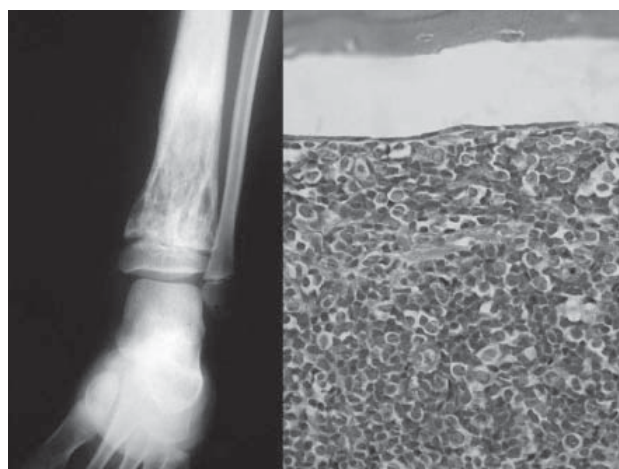
**E**l ejercicio diagnóstico tiene dos propósitos: primero compartir casos que por sus aspectos clínico y anatomopatológico sean de interés por el grado de dificultad diagnóstica; segundo, utilizarlos para formar un acervo que después podamos consultar. En la primera parte se plantea una serie de enunciados que deberán responderse con dos opciones: V, verdadero, si se está de acuerdo con el mismo y F, falso, cuando considere que no está de acuerdo con lo que afirma. En el anverso del caso se encontrarán las respuestas a los enunciados así como algunas “perlas” de diagnóstico y recomendaciones de lectura.

#### PRIMERA PARTE

Niña de cinco años de edad sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual, mismo que inicia con dolor, de características no especificadas, en el tercio inferior de la pierna derecha; tratada inicialmente con paracetamol. Progresivamente apareció aumento de volumen y claudicación, así como aumento de la temperatura local; pero no fue sino ocho meses después cuando se tomó radiografía simple de la región (figura 1A), en la que se encontró lesión osteolítica, motivo por el que se envió a nuestro hospital, con los diagnósticos de osteomielitis *versus* osteosarcoma. Se tomó biopsia incisional de 1 x 1 cm (figura 1B). No se refiere ningún

otro síntoma. En los exámenes de laboratorio de rutina no se encontraron alteraciones.

1. ¿Cuáles son sus diagnósticos a considerar? \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ No se requieren más estudios para realizar el diagnóstico definitivo.
3. \_\_\_\_\_ Esta afección es frecuente en niños.
4. \_\_\_\_\_ Sólo con IHQ puede hacerse el diagnóstico.
5. \_\_\_\_\_ La tibia es un sitio que rara vez se afecta en esta enfermedad.



**Figura 1. A:** radiografía simple de tobillo derecho; **B:** fotomicrografía de biopsia ósea.

\* Anatomopatóloga.

\*\* Cirujano Ortopedista.  
Unidad Médica de Alta Especialidad, Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

\*\*\* Anatomopatóloga, Hospital Central Sur Pemex.

Correspondencia: Correo electrónico: alirove0101@yahoo.com

La versión completa de este artículo también está disponible en:  
[www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

## SEGUNDA PARTE

1. Desde el punto de vista clínico, a pesar de lo largo de la evaluación del cuadro (ocho meses), inicialmente se hizo el diagnóstico de osteomielitis, ya que no se refirió ningún otro síntoma). Los diagnósticos de osteosarcoma y sarcoma de Ewing también deben considerarse, ya que son las neoplasias óseas malignas primarias más frecuentes en niños, aunque son más frecuentes en adolescentes. Los diagnósticos de linfoma y leucemia deben considerarse. En este caso la leucemia se descartó porque la biometría hemática y el aspirado de médula ósea fueron normales.

2. Falso. La lesión osteolítica en la radiografía simple, aunque es sugestiva de neoplasia maligna, no es específica, mientras que la histopatología nos orienta a pensar en neoplasia maligna de células pequeñas redondas y azules (figura 1B), en donde las primeras posibilidades a considerar son las de sarcoma de Ewing y linfoma. En ambas situaciones se requieren estudios adicionales para confirmar el diagnóstico, tanto de imagen (TAC) como de IHQ.

3. Verdadero. Los linfomas, aunque raros, son la segunda neoplasia maligna más frecuente en niños, sólo está precedida por la leucemia; sin embargo, es raro que la manifestación inicial de esta enfermedad sea ósea, como ocurrió en este caso. El diagnóstico anatomopatológico fue el de linfoma no Hodgkin, inicialmente considerado primario de hueso, pero una vez que se hizo la tomografía de abdomen, en la que se reportaron adenomegalias retroperitoneales e intercavo-aórticas, la enfermedad se consideró linfoma en etapa IV, ya que un requisito indispensable para referir a un linfoma como primario de hueso es que no haya enfermedad en otro sitio en los siguientes seis meses del diagnóstico. Sin embargo, el que haya afección ósea no cambia el pronóstico de la enfermedad.

4. Falso. La inmunohistoquímica es necesaria para clasificar la enfermedad, pero no para hacer el diagnóstico. En este caso, con la IHQ, aunque con un panel limitado de anticuerpos (CD3, CD20, CD99, Tdt, ENE y vimentina), se documentó neoplasia de estirpe linfóide B, Tdt y CD99 positivo (figura 2).

5. Falso. La incidencia exacta con la que se afecta primariamente el hueso en el linfoma no se conoce, pero se ha informado que en linfoma no Hodgkin, en niños, la afección ósea ocurre de manera inicial en 6 a 7% de los casos, y en éstos, los sitios de predilección son los huesos largos de las extremidades inferiores, con afectación de la epífisis en 39% de los casos.

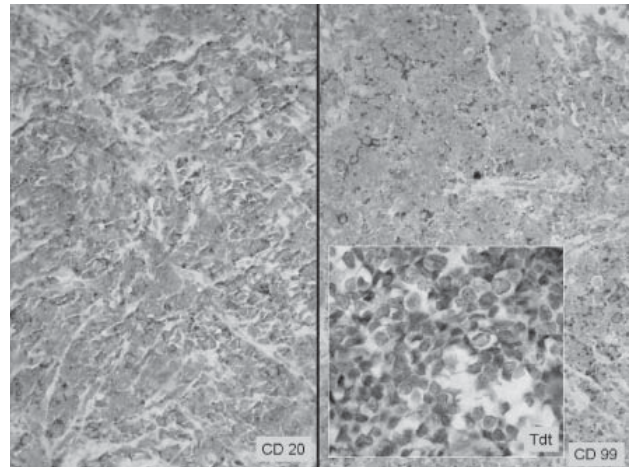


Figura 2.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Glotzbecker MP, Kersun LS, Choi JK, Wills BP, Schaffer AA, Dormans JP. Primary non-Hodgkin's lymphoma of bone in children. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:583-94.
2. Rosenthal H, Kolb R, Gratz KF, Reiter A, Galanski M. Bone manifestations in non-Hodgkin's lymphoma in childhood and adolescence. *Radiologe* 2000;40:737-44.