



Manifestaciones osteoarticulares de las hemopatías malignas (excluido el mieloma)

S. Roux

La afectación ósea en las leucemias y los linfomas es infrecuente, con la excepción de las leucemias/linfomas asociadas al virus linfótropo de células T humanas tipo 1. Se trata de lesiones osteolíticas predominantemente localizadas en la metáfisis de los huesos largos o en el esqueleto axial. La aparición de una localización ósea refleja la progresión del linfoma, cuyo pronóstico se asocia a su tipo histológico y su extensión. Las manifestaciones articulares de las hemopatías malignas se deben muy a menudo a un proceso infeccioso (artritis séptica) o metabólico (gota). Las artritis específicas son patrimonio de las leucemias agudas. Las manifestaciones articulares satélites de una vasculitis paraneoplásica son sobre todo frecuentes en las leucemias de células pilosas y las leucemias mielomonocíticas crónicas. Sin embargo, estas manifestaciones se han comunicado en todas las hemopatías malignas, a las cuales pueden preceder a veces. Estas manifestaciones osteoarticulares pueden preceder al diagnóstico de hemopatía o traducir una recaída o una transformación aguda. Su conocimiento es esencial en el diagnóstico del dolor óseo y las artritis; se debe pensar en la posibilidad de una hemopatía en ausencia de respuesta a los tratamientos usuales y en presencia de signos sistémicos, como fiebre o un síndrome inflamatorio biológico persistente, o de lesiones radiológicas atípicas. La existencia de infrecuentes localizaciones óseas o articulares específicas no debe, por supuesto, llevar a ignorar las complicaciones infecciosas o metabólicas, mucho más frecuentes en este contexto.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Hemopatía maligna; Linfoma no Hodgkin; Leucemia; Osteólisis; Hipercalcemia; Artritis

Plan

■ Introducción	1
■ Manifestaciones óseas de las hemopatías malignas	1
Afectación ósea en las hemopatías malignas	2
Mecanismos de la afectación ósea y la hipercalcemia	5
Implicaciones de la afectación ósea en el pronóstico y el tratamiento	6
■ Manifestaciones articulares de las hemopatías malignas	6
Afectación articular específica de las hemopatías malignas	6
Manifestaciones articulares y vasculitis en las hemopatías malignas	7
Afectación articular «paraneoplásica»	8

■ Introducción

Las manifestaciones osteoarticulares de las hemopatías malignas incluyen muchas entidades con diversos

mecanismos patogénicos. Sin embargo, las causas infecciosas (artritis séptica, osteomielitis) y metabólicas (gota) son ampliamente predominantes y deben descartarse en primer lugar. Menos frecuentes son las afectaciones específicas (infiltración tumoral del hueso o de la sinovial) o las afectaciones de evolución satélite (artritis o vasculitis paraneoplásica).

■ Manifestaciones óseas de las hemopatías malignas

A diferencia del mieloma múltiple, en el que la destrucción del hueso es casi constante, la afectación ósea y la hipercalcemia son mucho menos frecuentes en las demás hemopatías malignas, a excepción de las leucemias/linfomas debidos al HTLV-1 (virus linfótropo de células T humanas tipo 1) (*adult T-cell leukemia/lymphoma* [ATLL])^[1] (Cuadro 1).

Cuadro 1.

Afectación ósea en las hemopatías malignas.

Hemopatías malignas	Lesiones óseas (%)	Hipercalcemia (%)
Linfomas no Hodgkin:	5-15	< 10
- leucemia-linfoma debido al virus HTLV-1	50-90	50-90
- leucemia linfocítica crónica	5-12	< 1
- tricoleucemia	4-5	< 1
- enfermedad de Waldenström	< 10	< 1
Enfermedad de Hodgkin	10-20	< 1
Síndromes mieloproliferativos:		
- leucemia mieloide crónica	3-8	< 1
- esplenomegalia mieloide	30-60	< 1
Leucemia aguda	50	< 1

HTLV-1: virus linfotrópico de células T humanas tipo 1.

Afectación ósea en las hemopatías malignas**Linfoma óseo primario: una forma clínica de los linfomas no Hodgkin (LNH)**

Cuando existen localizaciones óseas de LNH sin otras localizaciones ganglionares o viscerales, se utiliza el término «linfoma óseo primario». Estos linfomas constituyen menos del 1% de todos los LNH, el 38% de los linfomas con afectación ósea y el 3% del conjunto de tumores óseos malignos [2]. Los estudios histológicos no encuentran especificidad para esta localización; el pronóstico y el tratamiento quedan condicionados por el tipo histológico (folicular o difuso, células pequeñas o grandes), el carácter no doloroso o agresivo y el estadio de extensión del linfoma [3]. El linfoma óseo primario con localización ósea única corresponde al estadio IE; cuando existe una adenopatía satélite, al estadio IIE, y en caso de localizaciones óseas múltiples y/o en presencia de afectación ganglionar linfático, el linfoma es de estadio IV. Los linfomas malignos con afectación ósea son muy a menudo linfomas de malignidad intermedia o alta y linfomas difusos de tipo B con celularidad mixta o de células grandes [4-7]. La afectación ósea de los linfomas de bajo grado de malignidad es mucho menos frecuente, pero se han descrito en la leucemia linfocítica crónica (LLC), la tricoleucemia o la enfermedad de Waldenström. En cambio, esta afectación es excepcional en los linfomas foliculares de células pequeñas.

Afectación ósea en los linfomas malignos no Hodgkin

Los LNH que se acompañan de afectación ósea constituyen del 5 al 15% de todos los linfomas. La afectación ósea no es sinónimo de afectación histológica medular, presente en más del 50% de los LNH de presentación ganglionar. Las manifestaciones óseas aparecen muy a menudo durante el curso de un linfoma conocido, pero están presentes en el momento del diagnóstico o, incluso, ponen de manifiesto la enfermedad en aproximadamente el 25% de los casos [8]. Las localizaciones óseas se producen en zonas de hematopoyesis activa, con afectación metafisaria preferente de los huesos largos, en particular del fémur, que se afecta en el 20% de los casos, y del esqueleto axial [2, 5, 6, 8]. La afectación ósea es, en la mayoría de los casos, unifocal o bifocal en el momento del diagnóstico o en la formas que ponen de manifiesto la enfermedad. La afectación multifocal constituye del 20 al 25% de los casos en el momento del diagnóstico [5, 6]; la frecuencia de estas formas es mayor en caso de afectación extraósea asociada o de localizaciones óseas que se presentan durante la evolución de un linfoma conocido [8]. El dolor óseo es casi

constante y muy a menudo inflamatorio, a veces asociado a tumefacción palpable si la localización es superficial. Una fractura patológica puede revelar la localización ósea del linfoma. Los signos neurológicos son posibles si existe afectación raquídea. Los signos sistémicos o un síndrome inflamatorio biológico son sugestivos de malignidad, pero son muy inconstantes.

El aspecto radiológico típico consiste en una osteólisis muy extensa de contornos imprecisos, a menudo con un aspecto moteado (Fig. 1). La presencia de lesiones líticas múltiples puede evocar la afectación ósea del mieloma [9, 10]. Las lesiones óseas mixtas, líticas y condensantes son bastante características (Fig. 2), pero una afectación condensante pura es mucho menos frecuente. Se observa reacción perióstica alrededor del 50% de los casos y pueden observarse secuestros óseos en el seno de las lesiones [11]. Se ha comunicado excepcionalmente una localización primaria subperióstica [12]. La gammagrafía ósea pone de manifiesto un aumento de la captación, pero puede faltar (< 5%), especialmente en las formas líticas [8, 13]. En la resonancia magnética (RM), la infiltración linfomatosa aparece hipointensa o da una señal heterogénea en T1, con captación de gadolinio, e hiperintensa en T2. Las secuencias que comportan supresión de las grasas (STIR) aumentan la especificidad de la técnica y las zonas tumorales aparecen hiperintensas, contrastando con la señal hipointensa de la médula normal, donde la grasa está borrada [14]. La afectación cortical se ha estudiado mediante RM y, a pesar de la frecuente invasión de los tejidos blandos, la destrucción del hueso cortical parece menos importante en los LNH en comparación con otros tumores óseos malignos primarios como el osteosarcoma o el sarcoma de Ewing [15]. La tomografía por emisión de positrones (PET) con fluorodesoxiglucosa (18-FDG) se ha convertido en esencial para evaluar la extensión ganglionar y extraganglionar de los linfomas, incluyendo la afectación medular y ósea [16, 17]. La PET-FDG es realmente muy útil para precisar la extensión de la afectación ósea y su evolución bajo tratamiento, más difíciles de evaluar con las demás técnicas de imagen (RM, gammagrafía con tecnecio 99), y constituye una gran contribución para realizar el seguimiento si la afectación ósea es aislada [18, 19]. Sin embargo, no debe confundirse la afectación medular en un linfoma con las localizaciones óseas de los linfomas, en las cuales difieren la distribución más focal y la intensidad de la acumulación de FDG [20]. En una evaluación inicial, con el fin de precisar las lesiones, será necesaria una investigación complementaria (tomografía computarizada [TC], RM e, incluso, una biopsia en función del contexto).

La hipercalcemia raramente se presenta en los LNH (en menos del 10% de los casos) y, excepcionalmente, pone de manifiesto la enfermedad. En estos casos, existe osteopenia difusa o múltiples lesiones osteolíticas [8-10].

Afectación ósea en la enfermedad de Hodgkin (EDH)

Se observan lesiones óseas en el 10-20% de las EDH, con más frecuencia en los estadios avanzados. Se detectan en el momento del diagnóstico o con ocasión del estudio de extensión en dos terceras partes de los casos y son muy a menudo múltiples (66% de los casos) [21, 22]. De forma casi constante, tanto si son únicas como múltiples, las lesiones óseas se asocian a lesiones extraóseas inicialmente o en los 6 meses siguientes [22]. La afectación ósea afecta predominantemente a la porción proximal de los huesos largos o al esqueleto axial (Fig. 3). Las manifestaciones clínicas incluyen dolor óseo, signos neurológicos frecuentes si existe afectación raquídea y, a veces, signos sistémicos. El aspecto radiológico es diverso, lítico muy a menudo o bien mixto; en comparación con los LNH, en la EDH se encuentra con mayor frecuencia un aspecto de condensación, presente en alrededor del 25% de los casos [22].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349164>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349164>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)