

## LNH SINOVIAL PRIMARIO: UNA INFRECLENTE PRESENTACIÓN DE LINFOMA EXTRANODAL

R. Vázquez<sup>a</sup>, S. Martín<sup>a</sup>, S. Muñiz<sup>a</sup>, G. Debén<sup>a</sup>, E. Romero<sup>b</sup>, J.P. Torres<sup>a</sup>, R. Varela<sup>a</sup>, S. Noya<sup>a</sup>, M. Amor<sup>a</sup>, M.R. González<sup>a</sup> y F.J. Batlle<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hematología e Hemoterapia. C.H.U. Juan Canalejo. A Coruña. <sup>b</sup>Hematología e Hemoterapia. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol.

**Introducción:** El LNH sinovial primario constituye < 1% de los LNH. Cuando se produce afectación de las sinovias suele ser por contigüidad a partir de un foco óseo adyacente, siendo excepcional que el linfoma asiente originalmente en la sinovial, existiendo al respecto un muy limitado número de comunicaciones en la literatura médica. La clínica habitual es tumefacción dolorosa de larga evolución de una articulación, frecuentemente la rodilla, sin síntomas B. Debe diferenciarse de cuadros que cursan con monoartritis, como la AR, sinovitis pigmentaria villonodular, condromatosis sinovial y tumores malignos articulares, por lo que la biopsia resulta imprescindible. El tipo histológico más frecuente en esta localización es LNH DCGB.

**Caso clínico:** Varón de 50 años, debuta con dolor y tumefacción en rodilla derecha de 5 meses de evolución, sin más síntomas, por lo que en julio/05 se realiza artrotomía, observándose masa vegetante dependiente de partes blandas. La histología reveló que se trataba de un LNH DCGB (intensa positividad para LCA y CD20, con Mib1 > 90%). La hematimetría y la bioquímica (salvo por LDH de 1978 UI/l), el TAC de tórax-abdomen-pelvis y la BMO eran normales. Con el diagnóstico de LNH B estadio IE se inició tratamiento con CHOP-R, recibiendo 7 ciclos con disminución de la tumefacción, que reaparece previamente al 8º, realizándose biopsia muscular del cuádriceps (infiltración por LNH con similar patrón inmunohistoquímico al original). Ante tal hallazgo, se administra radioterapia local y rescate con ESHAP. Tras 2 ciclos, aparece edema hasta raíz de muslo, descartándose TVP y objetivándose en TAC adenopatía de 5 cms. de diámetro en cadena iliaca externa. Debido a la progresión del LNH, se pauta 3ª línea con R-ICE. Recibe 2 ciclos, con evolución desfavorable, aumentando la adenopatía hasta alcanzar un diámetro de 11 cms, permaneciendo indemnes el resto de órganos abdominales, presentando además TVP iliaca. Tras el ciclo se intenta recogida de PH, obteniéndose escasa celularidad. Ante el estado de franca refractariedad, se administra un 4º régimen terapéutico con R-GIFOX, además de profilaxis intratecal, habiendo recibido 1º ciclo, con disminución de la tumefacción y normalización de LDH, sin lograrse de nuevo movilización de PH.

**Conclusión:** La tórpida evolución de este paciente contrasta con lo descrito en otras comunicaciones acerca de LNH sinoviales primarios en mismo estadio, en los que se consigue buena respuesta con esquemas que contienen antraciclinas (CHOP o similares), con o sin radioterapia sobre campo afecto.