Descargado el: 8-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Dolor en el linfoma oseo. Presentación de un caso.

Pain in an osseous lymphoma. A case presentation.

José Julio Ojeda González[1] Evangelina Dávila Cabo de Villa[1] Alexis Guillén Sánchez[2]

[1] Hospital Provincial Universitario ¨Dr. Gustavo Aldereguía Lima¨, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Ojeda-González J, Dávila-Cabo-de-Villa E, Guillén-Sánchez A. Dolor en el linfoma oseo. Presentación de un caso.. **Medisur** [revista en Internet]. 2007 [citado 2026 Nov 8]; 1(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/11

Resumen

Se presenta el caso de un paciente del hospital provincial clínico quirúrgico universitario ¨Dr. Gustavo Aldereguía Lima¨ de Cienfuegos, portador de una enfermedad muy poco frecuente (linfoma óseo), de 79 años de edad, masculino, de raza blanca, que refería dolor intercostal en hemitórax izquierdo, el cual no cedía ante el tratamiento médico habitual, por lo que es atendido por anestesiología. En el rayos X de tórax se apreció osteolisis costal a nivel de D7, D8 y D9. En forma frecuente fue tratado con analgésicos por vía peridural: morfina, anestésicos locales y como antiinflamatorio la betametasona con resultados satisfactorios. El uso de agentes como el alcohol etílico, contribuyó a mejorar su cuadro y a que se incorporara a sus labores habituales.

Palabras clave: linfoma, neoplasmas óseos, dolor

Abstract

This is a 79 year-old, white, male patient suffering from osseous lymphoma, a less frequent illness, came to the university Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima¨ in Cienfuegos city, Cuba complaining of intercostal pain in the left hemithorax. This pain was not relieved with the regular medical treatment, that´s why the anesthesia service doctors gave assistance. Costal osteolysis at level D7, D8 and D9 were shown in a thorax X ray. He was treated with analgesic through peridural via such as morphine, local anesthetic. Betametasone was used as anti-inflammatory having positive results. The use of ethylic alcohol as agents contributed to the patient´s improvement and to get back to his normal life.

Key words: lymphoma, osseous neoplasm, pain

Aprobado:

Correspondencia: José Julio Ojeda González. editorial@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La asociación internacional para el estudio del dolor lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño real o potencial de los tejidos o, **descripto*** con términos como si ese daño se hubiese producido”.[1] El dolor es siempre subjetivo, lo experimenta el enfermo, resulta intransferible, muy personalizado.

El dolor por cáncer es, aún en nuestros días, un grave problema mundial, asociado a un deterioro progresivo de la salud del enfermo y de su calidad de vida. La existencia del dolor casi siempre aumenta a medida que progresa la enfermedad. Ello exige la aplicación de terapéuticas que eliminen o mitiguen el dolor como, uso de fármacos: analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, psicofármacos; procederes quirúrgicos, anestésicos; métodos no farmacológicos; que pueden preceder o acompañar al tratamiento específico que se dirige al proceso tumoral. Todo ello desarrollado por personal especializado.[2,3]

Entre los linfomas, tumores primarios de origen linfoides, los tipo "no Hodgkin" (LNH), son un grupo clínico, patológicamente diverso de trastornos neoplásicos de las células linfoides.[4]

La heterogeneidad de los linfomas refleja el potencial de malignización en cualquier etapa de la diferenciación de los linfocitos B o T. Los LNH han sido clasificados según la Formulación Práctica Internacional, en tres grandes grupos pronósticos según las estadísticas de supervivencia en: "linfomas de bajo grado de malignidad o de pronóstico favorable, de grado intermedio y de alto grado o de pronóstico desfavorable.[5] El linfoma no Hodgkin óseo primario constituye aproximadamente el 5 % de todos los linfomas no Hodgkin extranodales y el 7 % de los tumores primarios de hueso. El pico de incidencia se produce en la quinta década de la vida con ligero predominio del sexo masculino.

Histológicamente la mayoría de estos linfomas no Hodgkin, son de inmunofenotipo B, difusos de células grandes o bien de células mixtas y de localización más frecuente en la mandíbula.[6] Es por ello que decidimos presentar un caso tan poco frecuente, con un análisis descriptivo de su evolución y tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 79 años de edad, masculino, raza blanca, con antecedentes de tuberculosis pulmonar hacía 5 años, que se presentó con dolor intercostal en hemitórax izquierdo de aproximadamente 10 días de evolución, sin que cediera ante el tratamiento médico, lo que motivó su ingreso en el hospital por el Servicio de Cirugía General el 11 de febrero de 2002.

Al interrogatorio por aparatos: No se obtuvieron datos de interés, refirió pérdida de peso.

Examen físico: Dolor a la palpación de la zona referida. El resto del examen resultó normal

Se le realizaron diferentes exámenes complementarios:

Hb:11,8g/l , Eritro: 34 mm , Glicemia: 4,9 mmol/l, TGP: 10,7 U/l

Rayos X de tórax: Calcificaciones de los cartílagos costales, fibroenfisema pulmonar generalizado, fibrosis retroclavicular bilateral a nivel del segundo arco costal derecho, una marcada osteoporosis con tendencia a la osteolisis, visible en la radiografía. Osteolisis a nivel del arco posterior de las costillas séptima, octava y novena izquierdas.

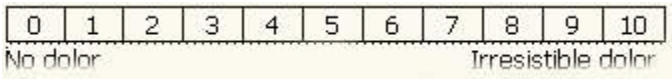
UTS Abdominal: No se apreciaron alteraciones.

Tomografía Axial Computarizada: No resultó concluyente de proceso tumoral en el pulmón.

20/2/02. Por ser portador de un intenso dolor, se propone y realiza interconsulta con anestesia, valorando como impresión diagnóstica: Osteolisis costal, tumoración de origen desconocido.

Ante el dolor que expresaba el paciente y el sufrimiento que lo acompañaba, se decidió comenzar una terapéutica encaminada a atender el dolor.

Se informó al paciente sobre los procederes a emplear y una vez obtenida su conformidad, se le dio a conocer uno de los medios algesímetros usados, utilizándose la escala numérica del dolor, mostrada en la forma siguiente: (Tabla 1)



En esta se seleccionaría la intensidad con la numeración correspondiente.

Se decidió abordar la vía peridural a nivel de D10 con catéter, el cual fue tunelizado con una permanencia de 52 días, sin dificultades.

Los medicamentos administrados formaron una mezcla compuesta de la siguiente forma:

Morfina 20 mg
Betametasona 8 mg
Lidocaína 320 mg

Esto fue preparado en un volumen de 20 ml. Se comenzó con 2 ml diarios a través del catéter y los resultados fueron valorados semanalmente mediante la escala numérica del dolor. Se obtuvieron los siguientes resultados: (Tabla 2)

Semana	Escala
1ra	3
2da	3
3ra	2
4ta	3

El dolor, referido por molestias, aparecía a la semana. Ante la necesidad de encontrar un diagnóstico se decide realizar biopsia de costilla, la cual se efectúa bajo una anestesia general ET Ataranalgesia. Al terminar el proceder quirúrgico se aplicó, en el lugar donde emergen los nervios intercostales, 0,5 ml de alcohol etílico en los puntos D7, D9 y D10.

Se obtuvieron los siguientes resultados inmediatos al acto quirúrgico: (Tabla 3)

Vía	Agente	Escala	
		antes	después
Intercostal	Alcohol etílico (7,89 g/10 ml al 100 %)	2	0

La evaluación del dolor, realizada una semana después del proceder, fue de 0, resultado mantenido por un período de 6 meses.

Resultados de estudios realizados:

Biopsia (21/6/ 02): Fragmento óseo y conectivo que evidencian infiltración por denso proceso tumoral difuso. Compuesto por células pequeñas intermedias y grandes de núcleos muy prominentes, con artefactos de contracción, núcleo citoplásmico y lobulación nuclear. Fosos de confluencia apoptoticas y angiotropismo sin daño vascular evidente. En la técnica de inmunohistoquímica, se observó un débil marcaje citoplásmico y membranoso focal de células grandes y algunas con CD 20

EL estudio con CD 45 RO evidenció aisladas células pequeñas intermedias, positivas débilmente a nivel membranoso. Linfoma no Hodgkin de células grandes.

Survey óseo. Rayos X de tórax: Osteolisis a nivel del arco posterior de D8, lesiones osteolíticas a nivel de D7, D8 y D9. Osteoporosis a nivel de dorso de silla turca, en la pelvis a nivel de S1 en antebrazo, mano, tibia y peroné.

Medulograma: Médula reactiva.

DISCUSIÓN

En los centros asistenciales existe un incremento de enfermos portadores de enfermedades malignas y el dolor se encuentra entre los síntomas predominantes.[7] La combinación de fármacos como los opioides y los anestésicos locales ha tenido buena aceptación. Con nuestro enfermo logramos que la escala evaluativa del dolor, cuya puntuación era de 10 al inicio de la consulta, se mantuviera mucho más disminuida con valores de 0 al aplicar los fármacos y variaron entre 2 y 3 a la semana de su administración, expresada por el paciente como "molestias" que desaparecían con la administración de la mezcla medicamentosa señalada.

La analgesia peridural usando opiodes, combinado o no con anestésicos locales, es una técnica muy usada. En nuestro caso cobró gran valor la tunelización, lo cual contribuyó a la no aparición de otras complicaciones como la caída del catéter o su contaminación durante el periodo de tiempo en que fue empleado, sin embargo no constituyó un método definitivo para el enfermo, pues se sentía necesitado de la aplicación de estos fármacos con periodicidad. La aplicación de bloqueos nerviosos permiten la interrupción de la transmisión de impulsos nerviosos.

Los analgésicos opioides son un grupo de fármacos que poseen gran actividad analgésica, mediada por la activación de receptores específicos en el sistema nervioso central y periférico, son derivados naturales del opio, o bien derivados semisintéticos y análogos sintéticos con muchas características en común. Ejercen su efecto a diferentes niveles dentro de la médula y tallo cerebral.[8] Los anestésicos locales actúan impidiendo la despolarización axonal, detienen las señales eléctricas al bloquear las fibras aferentes y eferentes provocando analgesia y parálisis. Los glucocorticoides resultaron de gran utilidad, su empleo terapéutico se basa en su efecto anti-inflamatorio, antialérgico, antineoplásico, resultan además inmunosupresores.[9]

La periodicidad de las "molestias" expresadas por el enfermo, nos llevó a decidirnos por el uso de agentes neurolíticos como el alcohol etilíco, destinado a estos fines generalmente en estadios avanzados de la enfermedad con la obtención de resultados mucho más satisfactorios.

Los agentes neurolíticos se limitan a los pacientes con dolor crónico, intenso y resistente a los fármacos habituales, ya que destruyen las fibras nerviosas y se obtiene un alivio prolongado con degeneración secundaria del nervio. Producen desnaturalización proteínica y extracción de los componentes de la membrana lipídica del nervio.[10]

Los resultados fueron los esperados, el enfermo no presentó más "molestias" que exigieran la administración de analgésicos. En semanas siguientes recibió el tratamiento específico de citostáticos, cuando fue conocido el resultado de los estudios realizados. Actualmente se encuentra incorporado a sus labores habituales.

***tomado así de la fuente**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wortley R. Dolor en la infancia y adolescencia. Dynia . 1997 ; 280 (3): 9-24.

2. Sena S, Bas C, Gómez O, Caparrós A, Dos Santos R, Cópola F. Dolor por cáncer. Dynia . 1997 ; 2 (4): 9-24.

3. Tucker MA. Secondary Cancer. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg S. Cancer.

4. Principles and Practice of Oncology. Vol 1. 4th. ed. Philadelphia: J.B Llippincott; 1993. p. 2407-15.

5. Wintrobe M, Lee GR, Boggs D, Bithell R, Athens JR, Fuerster J. Clinical Hematology. 6th. ed. Londres: Henry Kingston; 1974. p. 1432-71.

6. Retana AG, Vargas Martínez J. Linfoma tras una extracción dental. Informe de un caso [Internet]. San José. Costa Rica. [cited 21 Ene 2003]

7. Jimenez Monreal R, Yagúe Romero D, Hernández Delgado G, Rodríguez Borobia A, Forradellas Morales A. Tomografía computarizada en linforma óseo primario. A Propósito de 7 casos [Internet]. Zaragoza. [cited 21 Ene 2003]

8. Redondo Rodon B, Sastre Sisto L. Los bloqueos neurolíticos en el dolor oncológico. Rev Cubana Oncol. 1997 ; 13 (1): 37-43.

9. Chávez Martínez FG, Romero Pérez T,

González Marinello S, Jance Anta JJ, Santos Martínez. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. Rev Cubana Oncol. 1997 ; 13 (1): 5-11.

10. Ceraso OL. Interacción de fármacos. Dynia . 1998 ; 32 (1): 46-69.

11. Rodríguez Varela M. Dolor. In: Dávila E, Gómez C, Alvarez M, Saínz H, Molina M. Anestesiología Clínica. Cienfuegos: Editorial Damují; 2001. p. 227-52.