

# LINFOMA LINFOBLÁSTICO B DEL TARSO EN LA INFANCIA: UNA LESIÓN NO DESCRITA EN ESTA LOCALIZACIÓN A ESTA EDAD

Antonio J. Ortega Betancor, Alejandro Moujir Sánchez, Nerea Martínez Aragón, David García Padrón, José Manuel García Castellano  
Servicio de Traumatología & Cirugía Ortopédica. Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular de Gran Canaria

## OBJETIVO

El linfoma linfoblástico tipo B (LLB) es una forma rara de linfoma óseo que se presenta con mayor frecuencia en adultos, representando menos del 5% de los casos en niños. Puede afectar a la pelvis, columna vertebral, costillas y huesos largos de brazos y piernas. En niños únicamente se ha descrito un caso en el tarso, metastatizado del intestino delgado. El objeto de esta comunicación es aportar **el primer caso descrito de LLB primario en el tarso de un niño**.

## MATERIAL & MÉTODOS

Se presenta el caso de un niño de 8 años, sin antecedentes personales de interés, que acude por dolor y cojera sin traumatismo previo en cara medial del tarso derecho de 3 días de evolución diagnosticado de osteomielitis.

## CRONOLOGÍA

**1er Ingreso (septiembre 2022)**  
Varón de 8 años remitido al Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria desde su Centro de Salud, con sospecha diagnóstica de celulitis de pie derecho, con debut 3 días antes. El paciente presenta edema, eritema, aumento del calor local y dolor a nivel del dorso del antemedio pie, que le impide el apoyo podal. No se objetiva puerta de entrada alguna. El paciente y su progenitora niegan cualquier otro síntoma (no acusa fiebre, ni dolor a otro nivel). Se le explora normocoloreado, normohidratado, sin presencia de exantemas ni petequias, ni clínica abdominal. En la analítica practicada se tiene VSG 17mm, PCR 0.38 mg/dl y leucocitos de  $10.6 \times 10^3$  (Neutrófilos 61.3 %, linfocitos 21.1 %). En la radiografía se detecta imagen que podría resultar compatible con osteomielitis. Se decide **tratamiento antibiótico IV empírico** (Cloxacilina 138 mg/kg/día), **estudio con RMN del pie y extracción de hemocultivos**. RMN: aumento de intensidad de señal difuso en secuencias T2 y PD, con marcada restricción en secuencias de difusión de la primera cuña del pie derecho, en relación con edema óseo; todo ello **compatible con osteomielitis aguda de la primera cuña**, afectación de la segunda por vecindad y partes blandas adyacentes, con posible absceso subperióstico laminar. **Los hemocultivos resultaron negativos** y el paciente completó el ciclo antibiótico empírico de siete días con cloxacilina, pasando posteriormente a Cefadroxilo 500mg (cada 8 hrs), merced a su buena evolución (mejoría clínica, desaparición del eritema, disminución de la inflamación y resolución de su impotencia funcional). Se tramitó alta a domicilio.

## RESULTADOS

Se trata de un varón de 8 años que acude a urgencias por dolor y cojera de 3 días de evolución sin antecedente traumático, con inflamación en la primera articulación cuneo-metatarsiana, con imposibilidad para el apoyo; con analítica anodina (VSG=17 mm/h, PCR=0,38 mg/dl, leucocitos=  $10,6 \times 10^3$ ; hemocultivos negativos); radiografía y RMN compatibles con osteomielitis de la primera cuña del pie derecho; y tratado satisfactoriamente con cloxacilina (IV) y cefadroxilo (VO). Al mes, reingresa por recidiva observándose en la radiografía una imagen esclerótica central de la primera cuña, con afectación del escafoides, cuboides, segunda y tercera cuñas, con inflamación de partes blandas y tendinosas en la nueva RMN. Se realizó un curetaje de la primera cuña y se tomaron muestras para microbiología, que resultaron negativas; y para anatomía patológica, observándose una infiltración linfoide altamente proliferante, con patrón difuso y en cielo estrellado focal, positivos para CD34, CD99, CD10 y TdT, compatible con el LLB. En el PET-TC se detectó un foco hipercaptante primario en la primera cuña del pie derecho, con destrucción ósea no metastásico.

**2º Ingreso (tras un mes del alta)**  
Consulta por similar sintomatología localizada en pie derecho nuevamente, se diagnostica de recidiva de osteomielitis, se reinicia antibioterapia empírica combinando Cloxacilina + Ceftazidima. La analítica resultó anodina con  $9.10 \times 10^3$  leucocitos, PCR 0.02, VSG 5, Procalcitonina 0.06. En la radiografía simple realizada se objetiva **osteoesclerosis**, con imagen esclerótica central de la primera cuña del pie derecho. RMN: empeoramiento radiológico, con extensión de la osteomielitis de la primera cuña del pie derecho hacia escafoides, cuboides, segunda y tercera cuñas, co persistencia de la afectación inflamatoria de partes blandas y tendinosa. Se decide **intervención quirúrgica** para curetaje de la primera cuña y toma de muestras para **estudio microbiológico, que resulta negativo, y anatomopatológico, que detecta compatibilidad de la biopsia con linfoma linfoblástico tipo B** (infiltración de aspecto linfoide, con patrón difuso y en cielo estrellado focal, con expresión inmunohistoquímica de CD34, CD99, CD10 y TdT, con alta tasa de proliferación). Se suspende antibioterapia y el infante pasa a la unidad de Oncohematología, quienes solicitan PET-TC total body, que detecta **único foco hipercaptante** localizado en la **primera cuña del pie derecho**. El paciente concluye su quimioterapia y es dado de alta en agosto de 2023.

## CONCLUSIONES

El LLB óseo primario del tarso en niños es excepcional, pero debe ser considerado, especialmente si se acompaña de fiebre, dolor o cojera. Diferenciarlo de una osteomielitis mediante RMN únicamente se torna difícil, ya que los hallazgos radiológicos pueden superponerse en ambos casos.

