

# NOTA CLÍNICA

Gac Med Bilbao. 2026;123(1):9-13



## Linfoma B difuso de célula grande en paciente con reumatismo palindrómico tratado con inmunosupresores

Merino-Chaves Jesús<sup>a</sup>, Paniagua-Díaz Íñigo<sup>a</sup>, Franco-Vicario Ricardo<sup>b</sup>.

(a) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Hospital Universitario Basurto. Servicio de Urgencias. Bilbao, España.

(b) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Hospital Universitario Basurto. Servicio de Medicina Interna. Bilbao, España.

Recibido el 17 de noviembre de 2025; aceptado el 12 de marzo de 2026.

DOI: <https://doi.org/10.64246/0612gmb>

### Resumen:

Las patologías reumáticas, debido a la variabilidad de signos y síntomas, pueden suponer un reto diagnóstico y la falta de respuesta a tratamientos, así como la negatividad de las pruebas de laboratorio, no deben hacer que perdamos un enfoque adecuado a la hora de abordarlas. Presentamos el caso de una mujer de 61 años de edad, que fallece a consecuencia de una neumonía nosocomial durante el ingreso por un linfoma B difuso de célula grande, diagnosticado tras haber sido tratada con corticoides e inmunosupresores por un reumatismo palindrómico seronegativo.

© 2026 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

### B zelula handiko linfoma difusoa immunosupresoreekin tratatutako erreumatismo palindromikoa duen paziente batean

### Laburpena:

Gaixotasun erreumatikoei, haien zeinu eta sintomen aldakortasunagatik, erronka diagnostikoa izan daitezke, eta tratamenduei erantzun ezak, baita laborategiko proba negatiboak ere, ez gaituzte eraman behar haiei aurre egiteko modu egokia alde batera uztera. 61 urteko emakume baten kasua aurkezten dugu, B zelula handiko linfoma lauso batengatik ospitalean hil zena neumonia nosokomialen ondorioz, erreumatismo palindromiko seronegatiboagatik kortikoideekin eta immunosupresoreekin tratatu ondoren diagnostikatu zitzaiona.

© 2026 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

### PALABRAS CLAVE

Linfoma.  
Corticoides.  
Inmunosupresores.  
Reumatismo.  
Palindrómico.

### GILTZA-HITZAK

Linfoma.  
Cortikoideak.  
Inmunosupresoreak.  
Erreumatismoa.  
Palindromikoa.

## KEYWORDS

Linfoma.  
Corticosteroids.  
Immunosuppressant.  
Rheumatism.  
Palindromic.

## Diffuse Large B-Cell Lymphoma in a Patient with Palindromic Rheumatism Treated with Immunosuppressants

### Abstract:

Rheumatic disease can represent a diagnostic challenge due to the variability of signs and symptoms. The absence of response to treatments and negative laboratory tests results should not make us lose sight of an appropriate approach when addressing them. We report the case of a 61 year-old woman who died as a result of nosocomial pneumonia during the hospital admission for diffuse large B-cell lymphoma, diagnosed after corticosteroid and immunosuppressant treatment for seronegative palindromic rheumatism.

© 2026 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

### Introducción

En las últimas décadas se ha descrito una creciente incidencia de linfomas en pacientes con trastornos crónicos autoinmunes y patología reumática inflamatoria<sup>(1)</sup> que, a menudo, suponen un reto diagnóstico. El reumatismo palindrómico es una patología que cursa con brotes de inflamación y dolor articular y periarticular, y puede ser considerado como precursor de la artritis reumatoide (AR), sobre todo en casos en los que concurren anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-CCP)<sup>(2)</sup>. Resulta vital realizar un adecuado diagnóstico diferencial, con las diferentes sospechas diagnósticas y no pasar por alto aquellas circunstancias que puedan indicarnos que, tras una posible patología inflamatoria articular pueda haber un proceso neoplásico hematológico, como por ejemplo; la predominancia de síntomas constitucionales, la falta de respuesta al tratamiento, la progresiva aparición de adenopatías o la afectación multiorgánica con presentaciones autoinmunes atípicas no concordantes con un único diagnóstico reumatológico, entre otras<sup>(3)</sup>.

### Caso Clínico

Mujer de 61 años de edad, sin alergias conocidas, fumadora de unos 10 cigarrillos al día, asmática y con varios antecedentes quirúrgicos (colecistitis, hernia de hiato, hernia umbilical y papilomatosis en mama derecha), que en febrero de 2020 es valorada por primera vez por Reumatología por episodios recidivantes de dolor y tumefacción en rodillas y codos (en seguimiento por médico de cabecera desde el año previo por la misma clínica, habiendo precisado gestión de incapacidad temporal), sin presentar hallazgos patológicos en el estudio radiológico, así como en el autoinmune (Anticuerpos antinucleares (ANA), Factor reumatoide (FR), anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (CCP), antígeno leucocitario humano B27 (HLA B27)) y en la serología de hepatitis B y C.

Con el diagnóstico inicial de reumatismo palindrómico, se instaura tratamiento con Metotrexato, Leflunomida y corticoides sistémicos a dosis medias. A pesar de ello, dos meses después, en consulta telefónica debido a la pandemia por SARS CoV-2, se objetiva empeoramiento del estado general con brotes de dolor articular más frecuentes y peor respuesta a antiinflamatorios y corticoides.

En la siguiente consulta con Reumatología, dos meses después, refiere haber comenzado con dolor en articulación temporomandibular, además de haber experimentado escasa mejoría sintomática con el tratamiento, por lo que se decide subir la dosis de Metotrexato a 15mg semanales.

Tras varias consultas telefónicas con el médico de cabecera, dos meses después, es valorada por el servicio de Reumatología de su centro de referencia, que decide aumentar la dosis de Metotrexato a 20 mg semanales por empeoramiento del dolor y malestar general. Además, se realiza interconsulta al servicio de Neurología por comenzar con parestesias periorales y en zona de mentón, además de hipoestesia en dichas zonas. Se le realiza una resonancia magnética (RMN) cráneo facial en la que se objetivan imágenes nodulares, de márgenes bien definidos en la parótida izquierda, que podrían corresponder a un tumor de Warthin o un adenoma pleomorfo como primeras posibilidades. Es citada presencialmente a consulta, donde, a la exploración se observa un déficit subjetivo de la sensibilidad superficial facial que impresiona de neuropatía secundaria a infiltración por tumor parotídeo, por lo que se deriva al servicio de cirugía maxilofacial para completar estudio, que solicita tomografía computerizada (TC) de glándulas salivales, que muestra 2 lesiones sólido-quísticas parotídeas izquierdas, con bordes bien definidos (figura 1), asociando al menos 3 adenopatías patológicas quísticas en estación IIB (figura 2), no presentes en la RMN previa.

Tres semanas después se realiza biopsia en la lesión más superficial, en la que se observa infiltración por linfoma B difuso de célula grande, subtipo centro germinal, con extensas áreas de necrosis.

Continua el empeoramiento sintomático, y se le recomienda acudir a urgencias de nuestro centro hospitalario, presentando dorsolumbalgia, imposibilidad para la deambulacion y movimientos involuntarios en extremidades inferiores. A la exploración destaca parálisis facial, ptosis palpebral izquierda, además de déficit sensitivo y motor de ambas EEII. Se le realiza TC cerebral, que resulta normal, y queda ingresada a cargo del Servicio de Hematología.

Ya en planta se completa estudio con TC cérvico-toraco-dorso-lumbar con los siguientes hallazgos:

\*Masa paravertebral cervical derecha con obliteración de forámenes derechos C2-C3 y C3-C4.

\*Masa paravertebral derecha que oblitera forámenes D5-D6 y D6-D7 que invade el canal en un 50% aproximadamente.

\*Masa paravertebral a nivel D8 con obliteración de los forámenes D8-D9 con invasión prácticamente completa del canal (figura 3).

\*Masa paravertebral con obliteración del foramen izquierdo D11-D12

\*Masa con obliteración del foramen derecho L5-S1 sin invasión del canal.

\*Masa parotídea izquierda con adenopatías en regiones cervicales IIA y IIB.

\*Lesiones pleural izquierda y adyacentes a pubis izquierdo y sacro.

Se inicia tratamiento corticoideo sistémico con dexametasona y se indica radioterapia (RT) urgente. Queda ingresada a cargo de hematología mientras se inicia la radioterapia, siendo desestimada actitud quirúrgica por el Servicio de Neurocirugía por la multitud de lesiones establecidas.

La paciente comienza a presentar febrícula y tos leve con ruidos de secreciones, por lo que se inicia antibioterapia empírica, además de broncodilatadores y oxigenoterapia por hipoxemia, asociados a tratamiento preventivo del síndrome de lisis tumoral previo a la quimioterapia.

En la RMN programada los días posteriores se observan masas de partes blandas en localizaciones cervical, dorsal y lumbosacra con infiltración ósea vertebral extensa. A nivel T8-T9 condiciona compresión medular y presenta mielopatía/edema medular desde T5-T6 hasta T11, parálisis facial derecha en probable relación a infiltración leptomeníngea y una condensación en lóbulo inferior derecho. Se analiza una muestra de esputo en la que se aísla *Pseudomona aeruginosa*, que orienta hacia origen nosocomial de la neumonía, por lo que se ajusta la antibioterapia, y debido al empeoramiento clínico progresivo se pospone la quimioterapia y se decide ingreso a cargo del Servicio de Reanimación.

Al ingreso en el mencionado servicio, se aplica ventilación mecánica no invasiva (VMNI), iniciándose perfusión de dexmedetomidina, persistiendo severo trabajo respiratorio, broncoespasmo refractario a múltiples fármacos (broncodilatadores, corticoides, teofilina, sulfato de magnesio), además de saturaciones nunca superiores al 92%, por lo que finalmente se decide intubación orotraqueal y realizar TC torácico que descarta tromboembolia pulmonar y objetiva neumonía bibasal con mínimo derrame pleural bilateral (figura 4).

Desde el punto de vista infeccioso, se inicia tratamiento antibiótico con amikacina, cefepime y vancomicina, manteniéndose elevados los reactantes de fase aguda sin grandes variaciones.

Desde el punto de vista hemodinámico, precisó tratamiento vasopresor con noradrenalina de forma inter-

mitente y tratamiento antiarrítmico con amiodarona por episodio de fibrilación auricular que fue atribuido a la administración de broncodilatadores.

A pesar de todas las medidas y tratamientos instaurados, unos días después, en vista de la ausencia de mejoría sintomática, se decide junto a la familia la limitación del esfuerzo terapéutico, iniciándose sedación paliativa, falleciendo en las siguientes horas.

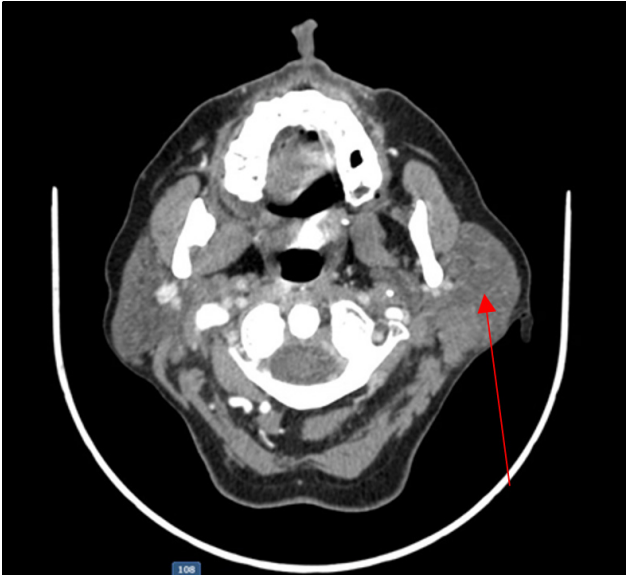
### Discusión

El ejercicio de la medicina supone un reto constante porque, si bien disponemos de excelentes herramientas diagnósticas, analíticas y de imagen, así como multitud de tratamientos de muy diferente índole, las situaciones clínicas a las que nos enfrentamos, frecuentemente tienen presentaciones atípicas y no cumplen los "estándares óptimos" que nos ayudan a identificarlas con precisión y a instaurar con premura el tratamiento específico. Ejemplo de ello son algunas patologías reumáticas, bajo las que, en ocasiones, subyacen procesos neoplásicos<sup>(4)</sup>, según algunos autores, debido a que la activación crónica y proliferación de poblaciones específicas de células B aumenta el potencial de eventos linfomagénicos<sup>(5)</sup>. En las artritis paraneoplásicas, los síntomas osteomusculares pueden preceder al diagnóstico de malignidad en una media de 10 meses<sup>(6)</sup>, aunque hay autores que sugieren que no es rentable la búsqueda exhaustiva de neoplasias malignas ocultas en la evaluación inicial de un trastorno reumático, salvo que vayan acompañados de hallazgos específicos que sugieran malignidad<sup>(7)</sup>, ya que la asociación de síntomas reumáticos y linfoma puede incluir una variedad de afecciones, que en muchos de los casos, no tienen características específicas que las distingan de los trastornos reumáticos idiopáticos, aunque, debido a la deficiencia de evidencia clínica sólida al respecto, algunos autores recomiendan la posibilidad de realizar biopsias a los pacientes que desarrollen artritis inesperada, para poder descartar una neoplasia coexistente<sup>(8)</sup>.

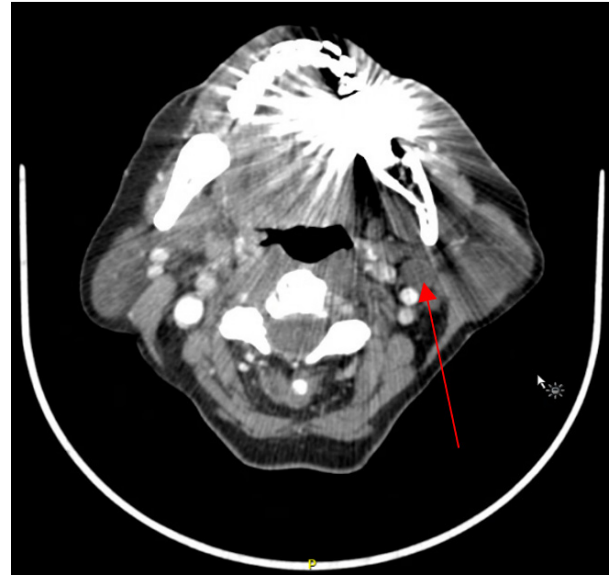
En casos como este, siempre se puede plantear la incógnita de la influencia que pudieran haber tenido los tratamientos inmunosupresores en la evolución clínica del linfoma que hizo que la paciente precisara ingreso hospitalario y contrajera una neumonía nosocomial. Pero todo ello son conjeturas, siempre a posteriori, y sin la certeza de si un diagnóstico previo hubiera modificado el fatal desenlace.

### Conclusiones

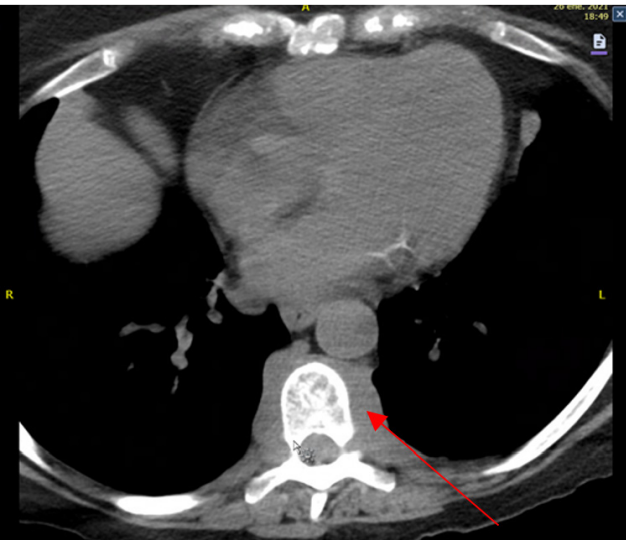
Es por ello que lo importante es, que cuando abordemos una patología con una presentación atípica, con resultados incongruentes de pruebas complementarias y que no responda a los tratamientos, es vital insistir en hacer diagnósticos diferenciales para no perder la oportunidad de instaurar tratamientos óptimos y suspender, en la medida de lo posible, tratamientos que resulten contraproducentes, ya que, como hemos comentado, la aparición de una enfermedad reumatológica atípica o la falta de respuesta al tratamiento convencional pueden sugerir una neoplasia oculta<sup>(9)</sup>.



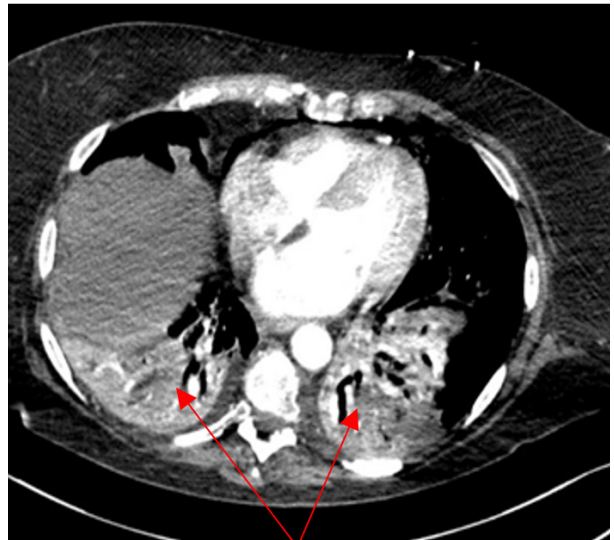
**Figura 1.** Lesiones sólido-quísticas parotídeas izquierdas, en vertiente posterior de lóbulo superficial.



**Figura 2.** Adenopatías patológicas quísticas en estación IIB.



**Figura 3.** Masa de densidad partes blandas rodeando el cuerpo vertebral.



**Figura 4.** Consolidaciones con broncograma aéreo en ambos lóbulos inferiores compatibles con neumonía bilateral.

#### Financiación

Sin financiación.

#### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

#### Bibliografía

1. Yadlapati S, Efthimiou P. Autoimmune/Inflammatory Arthritis Associated Lymphomas: Who Is at Risk? *BioMed Research International*. 2016 ;1-11.
2. Chen M, Cheng Y, Ji, G, Tu Y, Zhan, Q, Zhang C, Wang W. Efficacy of iguratimod in the treatment of patients with palindromic rheumatism ineffective to methotrexate or hydroxychloroquine. *Frontiers in Immunology*. 2025; 16: 1613129.
3. Clark J, Kowlessur M, VanderVeer E, Shojania K, Au S, Kim H, Huang K. Hematologic malignancies masquerading as rheumatologic diseases: A case series and review. *Medicine*. 2025; 104(17): e42251.
4. Kampitak Thatchai. Polymyalgia rheumatica as the first presentation of metastatic lymphoma. *Internal Medicine*. 2010; 49: 1641-1643.
5. Kane E, Painter D, Smith A, Crouch S, Oliver S, Patmore R, Roman E. The impact of rheumatological disorders on lymphomas and myeloma: a report on

- risk and survival from the UK's population-based Haematological Malignancy Research Network. *Cancer epidemiology*. 2019; 59: 236-243.
6. Parperis K, Constantinidou A, Panos G. Paraneoplastic arthritides: insights to pathogenesis, diagnostic approach, and treatment. *Journal of Clinical Rheumatology*. 2021; 27: 505-509.
  7. Naschitz JE, Rosner I, Rozenbaum M, Zuckerman E, Yeshurun E. Rheumatic syndromes: clues to occult neoplasia. *Seminars in arthritis and rheumatism*. WB Saunders. 1999; 43-55.
  8. Kiltz U, Brandt J, Zochling J, Braun J. Rheumatic manifestations of lymphoproliferative disorders. *Clinical and experimental rheumatology*. 2007; 25(1): 35-9.
  9. Gracia-Ramos AE, Vera-Lastra OL. Síndromes reumáticos paraneoplásicos. *Revista Alergia México*. 2012; 59: 72-78.