

## Médica Sur

Volumen **9**  
Volume

Número **4**  
Number




Octubre-Diciembre **2002**  
October-December

*Artículo:*




Linfoma primario del sistema nervioso central. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Médica Sur Sociedad de Médicos, AC.

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

# Linfoma primario del sistema nervioso central.

## Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dr. Juan Nader,\* Dr. Roberto Corona,\*\* Dr. Juan Carlos Osnaya,\*\*\* Dr. Javier Lizardi\*\*\*\*

### Resumen

Se presenta un caso clínico de una mujer de 39 años de edad con datos de focalización. El diagnóstico definitivo fue de linfoma primario en leptomeninges. Se realiza una revisión del cuadro clínico de esta enfermedad.

**Palabras clave:** Linfoma, tumores sistema nervioso central, leptomeninges.

### Abstract

*We discuss a 39 years old female case with symptoms of central nervous system focalization. The definitive diagnosis was a central nervous system lymphoma. We made a review of the clinical presentation of this disease.*

**Key words:** Lymphoma, central nervous system tumors, leptomeninges.

### Caso clínico

Mujer de 39 años de edad, originaria y residente del estado de Morelos, dedicada al hogar, casada, católica, diestra, con antecedentes familiares de diabetes mellitus e hipertensión arterial, antecedentes personales de amputación de 4º dedo de la mano izquierda por traumatismo, cuadro de ptosis palpebral izquierda con hipoacusia izquierda hace 3 años con duración de 3 meses, resolviéndose sin tratamiento.

Su padecimiento actual se inició once meses antes de su ingreso con parestesias en dedos de pie derecho, con progresión a todo el miembro pélvico. Posterior a dos meses se agregan de manera progresiva parestesias de miembro pélvico izquierdo. Hace 4 meses dolor urente y punzante en ambas plantas con disminución de la fuerza muscular de miembros pélvicos progresando hasta la limitación de la deambulacion hasta el momento de su ingreso. Al interrogatorio dirigido refiere caída fácil de cabello, urgencia urinaria, constipación, llanto fácil y alteraciones en el estado de ánimo, disminución de 8 kg en 10 meses. A la exploración física neurológica destacan: movimientos oculares con disimetría sacádica bilateral, con limitación a la supra e infraversión del ojo izquierdo, leve ptosis palpebral

izquierda, hipoacusia izquierda, Weber derecho y Rinne positivo bilateral, fuerza muscular disminuida en miembros pélvicos 3/5, hiperreflexia generalizada, Babinski y Chaddock bilateral, reflejo palmomentoniano bilateral, hiperestesia generalizada, con pérdida de la sensibilidad propioceptiva, pérdida de la capacidad de discriminación entre dos puntos, banda de hipoestesia T8-T11, disimetría bilateral de predominio izquierdo y disidiadococinesia bilateral, astasia y abasia.

Se le realizó estudio de tomografía axial computada (*Figuras 1, 2 y 3*) y resonancia magnética nuclear de cráneo (*Figuras 4, 5, 6 y 7*), demostrando datos de engrosamiento meníngeo difuso, una lesión sugerente de tuberculoma y datos de degeneración cerebelosa; se le realizó punción lumbar, encontrando líquido transparente, xantocrómico, presión inicial: 90, glucosa: 67, proteínas: 634, células: 27 (linfocitos: 99%, segmentados 4%, eosinófilos 1%), negativo para células neoplásicas, cultivos negativos. VIH negativo (ELISA). Se le realizó PCR en busca de *Mycobacterium tuberculosis*, resultando negativo.

Los potenciales evocados reportaron: a) Severa disfunción de la vía propioceptiva para la extremidad superior derecha a nivel de los segmentos cervicales del cordón posterior ipsilateral. b) Disfunción bilateral severa y simétrica de la vía propioceptiva para extremidades inferiores a nivel de los segmentos toraco-lumbares de los cordones posteriores condicionando bloqueo de la conducción del estímulo. c) Disfunción severa de la vía auditiva izquierda con bloqueo absoluto de la conducción en un nivel rostral a los núcleos

\* Departamento de Neurología.

\*\* Departamento de Radiología.

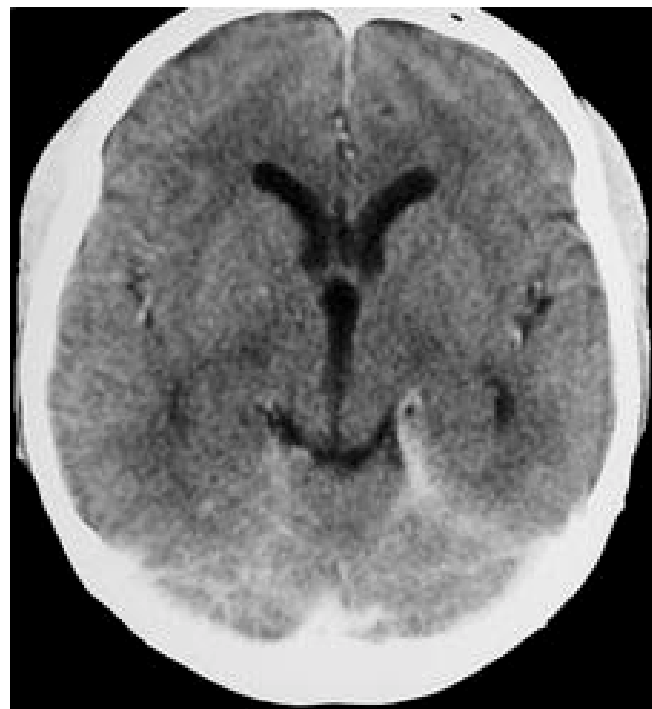
\*\*\* Departamento de Medicina Interna.

\*\*\*\* Subdirección Académica.

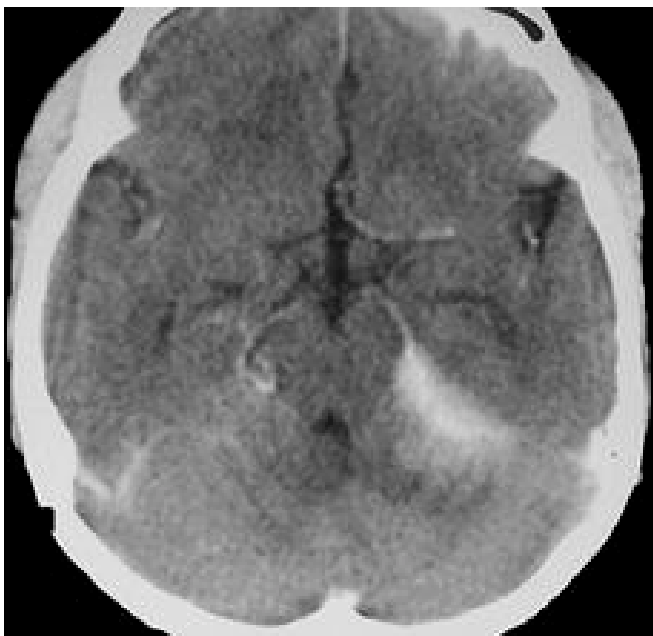
cocleares. d) Moderada disfunción bilateral y simétrica de la vía visual prequiasmática. Concluyendo: Los resultados traducen afección en diversos niveles del



**Figura 1 TAC.** Corte axial de TAC de cráneo simple en la cual se observan cambios de densidad a nivel de fosa posterior en hemisferio cerebeloso izquierdo.



**Figura 3 TAC.** Corte axial de TAC de cráneo contrastada con reforzamiento a nivel de tienda del cerebelo, de predominio izquierdo.



**Figura 2 TAC.** Corte axial de TAC de cráneo contrastada donde se observa reforzamiento de meninges a nivel de cerebelo izquierdo.



**Figura 4 RMN.** Corte axial de RMN de cráneo secuencia T1, a nivel de fosa posterior con lesión hiperintensa a nivel de meninges en hemisferio cerebeloso izquierdo.

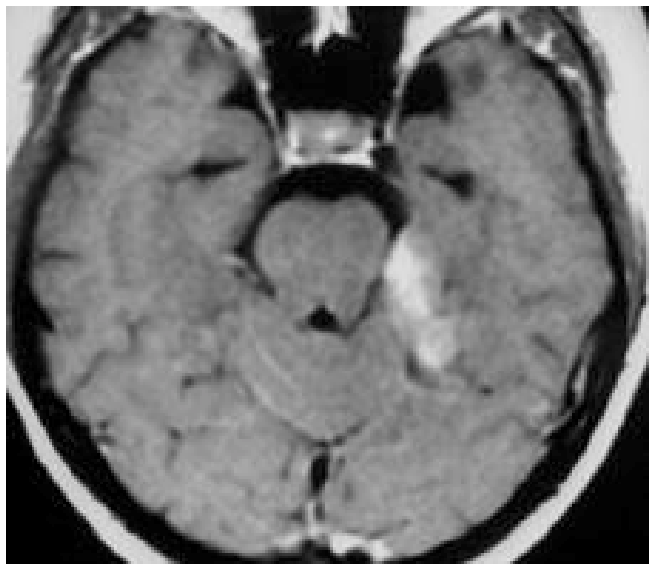
SNC y por tanto pueden apoyar la hipótesis clínica de enfermedad desmielinizante.

Se le realizó prueba de PPD, resultando positivo (1.9 x 1.9 cm), se inició etambutol, rifampicina, isoniazida y piracinamida. Se decide someterla a toma de biopsia de lesión tentorial con los diagnósticos de tuberculosis vs proceso de carcinomatosis o linfoma meníngeo. La

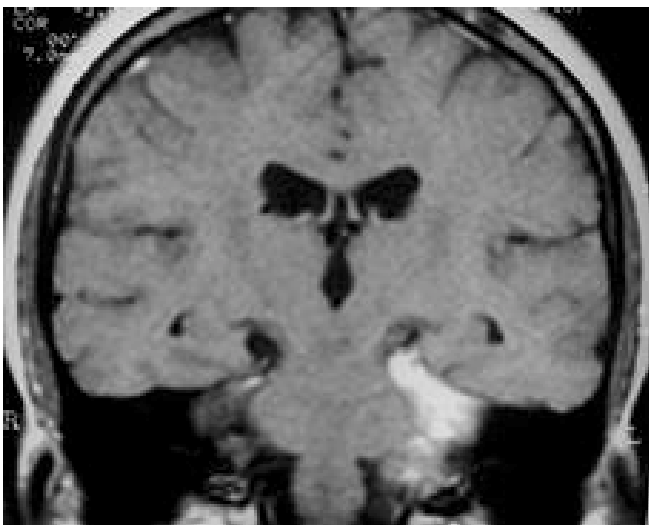
biopsia transoperatoria reportó: tejido nervioso con infiltración de características linfoides. La paciente se encontraba asintomática, mejoría en la fuerza muscular. El reporte final de patología: compatible con linfoma difuso en leptomeníngeos e infiltración cerebelar.

### Comentario

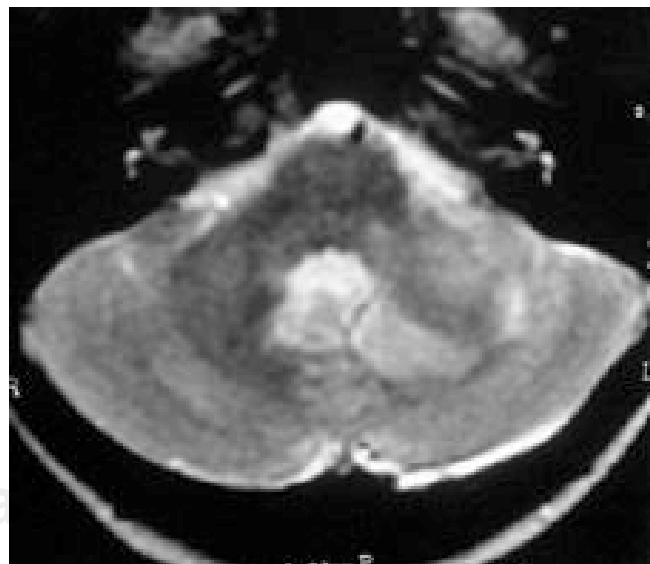
El linfoma de sistema nervioso central (SNC) fue descrito inicialmente por Bailey como sarcoma perivasculoso, microglioma o sarcoma de células reticulares. Es un linfoma agresivo de tipo no Hodgkin, generalmente es de tipo difuso de células grandes. La gran mayoría son de estirpe de células B, y sólo 1-3.6% corresponden a células T. Su incidencia es de 0.43:1,000,000/año.<sup>1</sup> Los factores asociados son inmunodeficiencia congénita, adquirida o iatrogénica (síndrome de Wiskott-Aldrich o trasplante renal). Constituye el 1-6% de los tumores malignos del SNC; involucra cerebro, ojos (20%), leptomeníngeos y médula espinal. Se asocia al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en 1.9-6% y generalmente se presenta en hombres (90%). Se pueden presentar como lesiones multifocales (40%). En SIDA se presenta de esta manera en todos los casos y se asocia al virus de Epstein-Barr. La mayor incidencia es entre la sexta y séptima décadas de la vida. La relación hombre: mujer es de 1.5:1.



**Figura 5 RMN.** Corte axial de RMN de cráneo secuencia T1 con gadolinio a nivel de mesencéfalo que demuestra lesión hiperintensa paramesencefálica que abarca hasta lóbulo parietal.



**Figura 6 RMN.** Corte coronal de RMN de cráneo secuencia T1 que demuestra lesión hiperintensa paramesencefálica izquierda.



**Figura 7 RMN.** Corte axial de RMN de cráneo secuencia T2 a nivel de cerebelo que demuestra lesión en hemisferio cerebeloso izquierdo.

Cuando son de estirpe de células B, un 15% se presentan como lesiones infratentoriales, y cuando son de linfocitos T, un tercio de los pacientes presentan este tipo de lesiones. El involucro de leptomeninges se presenta hasta en un 42% de los pacientes con linfomas de células B y un 38% en el tipo de células T.<sup>2</sup>

Las localizaciones más frecuentes son: Hemisferios (31%), cuerpo caloso (15%), ganglios basales y tálamo (15%) y cerebelo (14%). El diagnóstico diferencial debe de realizarse con gliomas malignos, metástasis cerebrales, enfermedades inflamatorias (desmielinizantes).<sup>3</sup>

El cuadro clínico generalmente se manifiesta como una masa intracraneal, con déficit motor (50% de los casos), cefalea severa, debilidad muscular y convulsiones (10% de los casos). Un 24% de los casos presentan células malignas en el líquido cefalorraquídeo. El promedio de vida es de 16.5 meses (4-28 meses) aproximadamente. La edad y estadio al momento del diagnóstico son factores pronósticos importantes.<sup>4</sup>

El linfoma de leptomeninges constituye el 7% de todos los linfomas del SNC. Se puede manifestar con debilidad progresiva de miembros pélvicos, incontinencia urinaria, neuropatía craneal, hipertensión intracraneana y confusión previa al diagnóstico. El diagnóstico se establece con la presencia de linfocitos malignos en líquido cefalorraquídeo o con biopsia meníngea. En el líquido cefalorraquídeo encontramos hi-

perproteíorraquia, pleocitosis linfocítica, hipogluco-rraquia.

El tratamiento es a base de radioterapia, presentando 12-18 meses de sobrevida; el uso de metotrexate a dosis altas más radioterapia aumenta la esperanza de vida a 30-40 meses, incluso puede aumentarse hasta 60 meses de sobrevida, el pronóstico es similar al del glioblastoma multiforme.<sup>5</sup>

## Referencias

1. Devita V. *Cancer*. 5a ed. Cap 44; EU, 1997.
2. Yoshida S., Morii K, Watanabe M, Saito T. Characteristic features of malignant lymphoma with central nervous system involvement. *Surg Neurol* 2000; 53(2): 163-7.
3. Gijtenbeek J, Rosenblum M, DeAngelis L. Primary central nervous system T-cell lymphoma. *Neurology* 2001; 57(4): 716-718.
4. Buhning U, Herrlinger U, Krings T et al. MRI features of primary central nervous system lymphomas at presentation. *Neurology* 2001; 57(3): 393-396.
5. Abrey L, Yahalom J, DeAngelis L. Treatment for Primary CNS Lymphoma: The Next Step. *J Clin Oncol* 2000; 18(7): 3144-3150.

Correspondencia:

Dr. Juan Nader  
Puente de Piedra No.150  
Col. Toriello Guerra. Tercer Piso.  
Torre de Hospital. Fundación  
Clínica Médica Sur. México, D.F.

