



# Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

## P-048 - LINFOMA INTRARRAQUÍDEO DORSAL NO HODGKIN DE CÉLULAS B EN DOS PACIENTES

P.A. Garrido Ruiz, D. Rodríguez, L. Cid, D. Pascual, L. Ruiz, J.C. Roa, J. Pérez, D. Arandia, R. Uriel, A. García y L. Torres

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

### Resumen

**Introducción:** Presentación de dos casos de linfoma intramedular no Hodgkin. La comparación entre ambos casos tiene alto interés por cursar a pesar de ser de la misma estirpe celular con manifestaciones clínicas y características radiológicas diferentes. Solo el 0,6-6,5% producen complicaciones neurológicas espinales siendo los más proclives los de células B grandes, afectando en 2/3 a un solo nivel vertebral. Hay descritos en la literatura pocos pacientes con compromiso intramedular, siendo la infiltración epidural el mecanismo más habitual de complicación neurológica espinal.

**Casos clínicos:** Se trata de una paciente de 77 años y otro de 78 años. La primera debutó con cervicobraquialgia derecha y paresia de miembros superiores. En RM de columna se objetiva lesión con invasión de cuerpos vertebrales C7-T1-T2, compromiso del canal medular y estenosis foraminal, así como lesión en pelvis y ganglios retroperitoneales paraórticos. El segundo presentó inestabilidad de la marcha, y paresia en pierna derecha con alodinia en pierna izquierda y retención urinaria. En RM de columna se objetiva lesión intramedular bien delimitada sugerente de ependimoma. Se realiza en los dos casos laminectomías y flavectomía descompresivas con toma de biopsias resultando la primera linfoma no Hodgkin de células B grandes grado IV, que recibió radioterapia y quimioterapia R-CHOP con importante reducción de masa tumoral, y el segundo Linfoma B de alto grado de malignidad/Linfoma del manto intramedular T4-T5. Recibiendo quimioterapia R-CHOP con respuesta favorable.

**Discusión:** El diagnóstico tardío, la localización del linfoma no Hodgkin en región cervical y dorsal alta, la rápida progresión del déficit neurológico y la aparición de paraplejía, así como la inmunodepresión, se asocian a un peor pronóstico. El objetivo de la cirugía es la descompresión y toma de biopsias para estudio anatomopatológico. Se emplean corticoides, quimioterapia con pauta CHOP, radioterapia local e inmunoterapia con rituximab.