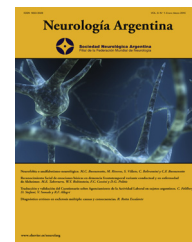




Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Casuística

Síndrome de compresión medular como forma de presentación de linfoma no Hodgkin epidural espinal primario. Descripción de un caso y revisión de la literatura

Marcelo Corti^{a,b,*}, Luis De Carolis^{c,d}, Antonella Centioni^c, Jorge Velásquez^{d,e},
Christian Rizzo^f y Marina Narbaitz^g

^a Profesor titular, Departamento de Medicina, Orientación Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires, Argentina

^b Jefe División B, VIH-Sida, Hospital de Infecciosas FJ. Muñiz, Buenos Aires, Argentina

^c Unidad 11, División B, VIH-Sida, Hospital de Infecciosas FJ. Muñiz, Buenos Aires, Argentina

^d Departamento de Medicina, Orientación Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires, Argentina

^e Jefe Unidad 11, División B, VIH-Sida, Hospital de Infecciosas FJ. Muñiz, Buenos Aires, Argentina

^f Departamento de Radiología, Hospital de Infecciosas FJ. Muñiz, Buenos Aires, Argentina

^g Laboratorio de Anatomía Patológica, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de abril de 2016

Aceptado el 26 de abril de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Linfoma no Hodgkin

Espacio epidural

Síndrome de compresión medular

Virus de la inmunodeficiencia

humana

R E S U M E N

Introducción: El espacio epidural es un sitio infrecuente de localización de los linfomas no Hodgkin (LNH). La prevalencia de compromiso epidural oscila entre el 0,1 y el 6,5% de los pacientes con LNH. Estas neoplasias marcadoras del sida representan una complicación grave y frecuente de los pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en especial en aquellos que no reciben terapia antirretroviral.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 45 años, con serología reactiva para VIH, que consultó por dorsolumbalgia asociada con paraparesia y retención aguda de orina. La resonancia magnética mostró una lesión tumoral entre los segmentos T5 a T11 con compresión del cordón medular espinal. El paciente fue sometido a una descompresión quirúrgica de urgencia para liberar la médula espinal y tomar biopsias de la lesión. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de linfoma difuso de grandes células de fenotipo B (LDGCB).

Conclusiones: Los pacientes con síndromes de compresión medular por LNH presentan sintomatología de comienzo agudo con déficit neurológico rápidamente progresivo. El objetivo de este trabajo es describir a un paciente VIH positivo que presentó un cuadro de compresión medular debido a un LDGCB. Estos tumores deben incluirse en el diagnóstico diferencial de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marcelocorti@fibertel.com.ar (M. Corti).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.04.006>

1853-0028/© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

los pacientes con SIDA que presentan dolor dorsolumbar seguido de síndrome de compresión medular.

© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Spinal cord compression as clinical presentation of primary non-Hodgkin lymphoma with epidural spinal involvement. Case report and literature review

ABSTRACT

Keywords:

Non-Hodgkin's lymphoma
Epidural space
Spinal cord compression
Human immunodeficiency virus

Introduction: The spinal epidural space is an uncommon presentation site in primary non-Hodgkin's lymphoma. The prevalence of spinal epidural disease ranges between 0.1% and 6.5% among patients with non-Hodgkin's lymphoma. Non-Hodgkin's lymphoma is one of the most common and frequently fatal AIDS-defining illnesses, especially in patients who do not receive antiretroviral therapy.

Clinical case: 45-year-old male patient, seropositive for human immunodeficiency virus, with back pain, progressive neurological deficits, and acute urinary retention. Magnetic resonance images of the thoracic and lumbar spine showed an epidural mass located from T5 to T11, which resulted in severe spinal cord compression. Urgent surgical decompression of the spinal cord and biopsy were performed. The pathologic findings were compatible with diffuse large B-cell lymphoma.

Conclusions: Patients with spinal cord compression resulting from non-Hodgkin's lymphoma present with clinically acute or rapidly progressive neurologic deficits. The purpose of this case report is to present a case of a patient seropositive for human immunodeficiency virus with spinal cord compression due to a large B-cell lymphoma. Non-Hodgkin's lymphoma should be included in the differential diagnoses of AIDS patients with prodromal back pain followed by spinal cord compression.

© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las complicaciones neurológicas espinales se observan solo en el 5% de los tumores malignos (en especial los tumores sólidos) y, generalmente, suelen ser la consecuencia del compromiso vertebral^{1,2}. En los linfomas no Hodgkin (LNH), este tipo de presentación clínica es sumamente rara y, según distintas series, se observa solo en un 0,1 a un 6,5% de los casos³⁻⁵. A su vez, esta complicación aparece como más frecuente en los LNH difusos de grandes células de fenotipo B (LDGCB). El mecanismo habitual para explicar el compromiso mielorradicular es la infiltración del espacio epidural por la extensión de una masa paravertebral o a partir de vértebras afectadas⁶.

Se presenta a un paciente con enfermedad avanzada debida al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que desarrolló un LNH epidural primario con manifestaciones clínicas de compresión medular.

Caso clínico

Paciente varón de 45 años, con serología reactiva para en VIH en el año 2000, con mala adherencia a distintos esquemas de terapia antirretroviral de gran actividad implementados

y serología reactiva para virus de la hepatitis C. Ingresó por dorsolumbalgia de 10 días de evolución, retención aguda de orina y pérdida de fuerza en los miembros inferiores que dificultaba la deambulación en las últimas 24 h. Al ingreso se encontraba lúcido, normotenso, eupneico, afebril, con buena mecánica ventilatoria, percusión sonora de campos pulmonares y columna, y murmullo vesicular conservado a la auscultación; los ruidos cardíacos eran normales, sin soplos ni signos de fallo hemodinámico. El abdomen se encontraba blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en el hipocondrio derecho; se palpaba hepatoesplenomegalia y había matidez a la percusión en hipogastrio por la presencia de globo vesical. El examen neurológico mostró paraparesia flácida en extremidades inferiores con nivel sensitivo en D5-D6 e hiperestesia en miembros inferiores. Al ingreso, los exámenes complementarios de laboratorio mostraron: hemoglobina 14,5 g/dl; hematocrito: 42%; plaquetas: 126.000/mm³; VSG: 26 mm; leucocitos: 3.800/mm³; TGO: 119 U/l; TGP: 184 U/l; FAL: 80 U/l; LDH: 615 U/l y glucemia: 100 mg/dl. El coagulograma, el ionograma y la función renal y hepática se encontraban dentro de parámetro normales. El recuento de linfocitos T CD4+ fue de 172 cél/μL (19%) y la carga viral plasmática para el VIH fue de 299.000 copias/ml (log₁₀: 5,5). Se efectuó resonancia magnética (RM) de columna vertebral que mostró la existencia de una masa sólida en el espacio

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8689274>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8689274>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)