



NEUROPATÍA PERIFÉRICA MOTORA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL DE UN LINFOMA DE HODGKIN



Alfaro Micó, J. Doñate Pérez, F. Martín Somoza,
F.J. López Muñoz, C. García Sánchez, L.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN:

Una afectación ósea inicial por linfoma de Hodgkin, sin afectación de los ganglios linfáticos, es una entidad extremadamente rara (1). Se presenta sobre todo entre la segunda y quinta década de vida y su diagnóstico es difícil, por lo que en ocasiones puede retrasarse durante meses (2). Puede estar asociados a síndromes neurológicos paraneoplásicos como neuropatía motora subaguda o polineuropatías sensitivomotoras (3). La confirmación inmunohistoquímica debe ser obligada para el diagnóstico. Es uno de los pocos tumores malignos del adulto que es potencialmente curable (4).

OBJETIVOS: Presentar la neuropatía periférica motora como síntoma inicial de un linfoma de Hodgkin óseo primario.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 28 años sin patología previa que comienza con dolor en zona posterior de ambos muslos y piernas. Presenta pérdida de fuerza para la flexión plantar de tobillos, sin afectación sensitiva. Analítica, radiografías de tórax, columna y miembros y resonancia magnética (RM) lumbar resultan dentro de la normalidad, excepto la electromiografía que detecta afectación motora focal denervativa en territorio S1 bilateral. Se decide observación ante el diagnóstico de radiculopatía S1.

Seis meses después continúa con la misma sintomatología. Se realiza tomografía computerizada y gammagrafía que detectan signos de sacroileítis derecha (Fig. 1, 2), por lo que se pauta tratamiento antiinflamatorio y rehabilitación. Al año debuta con dolor en cadera derecha y febrícula recurrente. Se repite TC y RM lumbosacras donde se observa una lesión lítica adyacente a agujero sacro S1 derecho y gran componente de edema óseo (Fig. 3). La biopsia ósea no fue diagnóstica. En el estudio de extensión durante los meses siguientes se encuentran nuevas lesiones en T12 y L5 (Fig. 4), y una masa que afecta a mediastino anterior y medio, rodeada de grandes adenopatías (Fig. 5, 6). Finalmente, la biopsia obtenida de la masa mediastínica confirmó Linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular.



Fig 1. TC sacroilíacas, corte axial. Seis meses tras el inicio de la clínica. Signos de sacroileítis derecha.

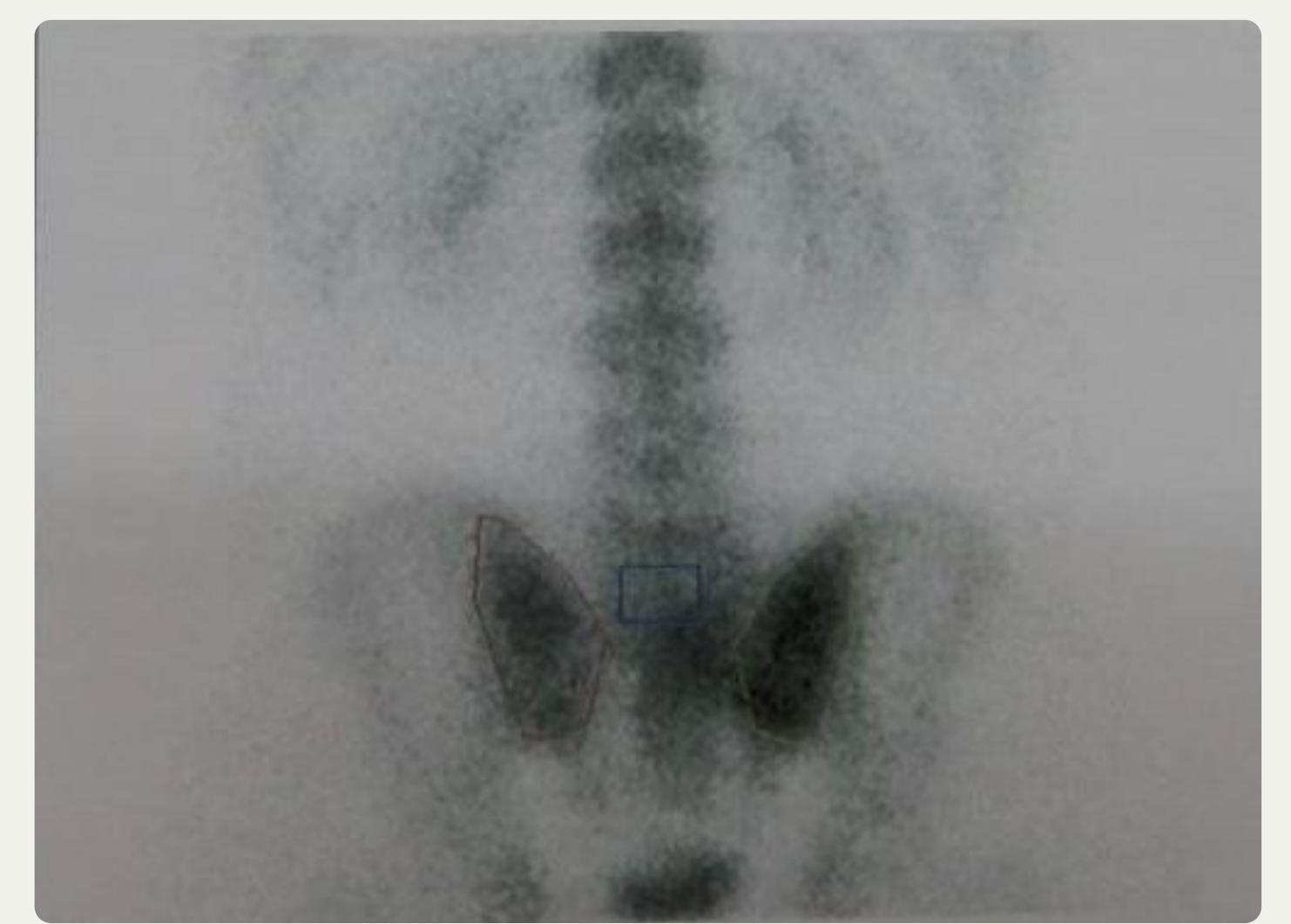


Fig 2. Gammagrafía ósea. Signos sacroileítis intensa

RESULTADOS:

Dos años después del inicio de los síntomas radiculares, el paciente fue diagnosticado de Linfoma de Hodgkin estadio IV según la clasificación de Ann Arbor. Fue tratado mediante ocho ciclos de quimioterapia en régimen BEACOPP (bleomicina, etopósido, doxorubicina, ciclofosfamida, vincristina, procarbazona y prednisona). Actualmente, tras cuatro años de seguimiento continúa libre de enfermedad.

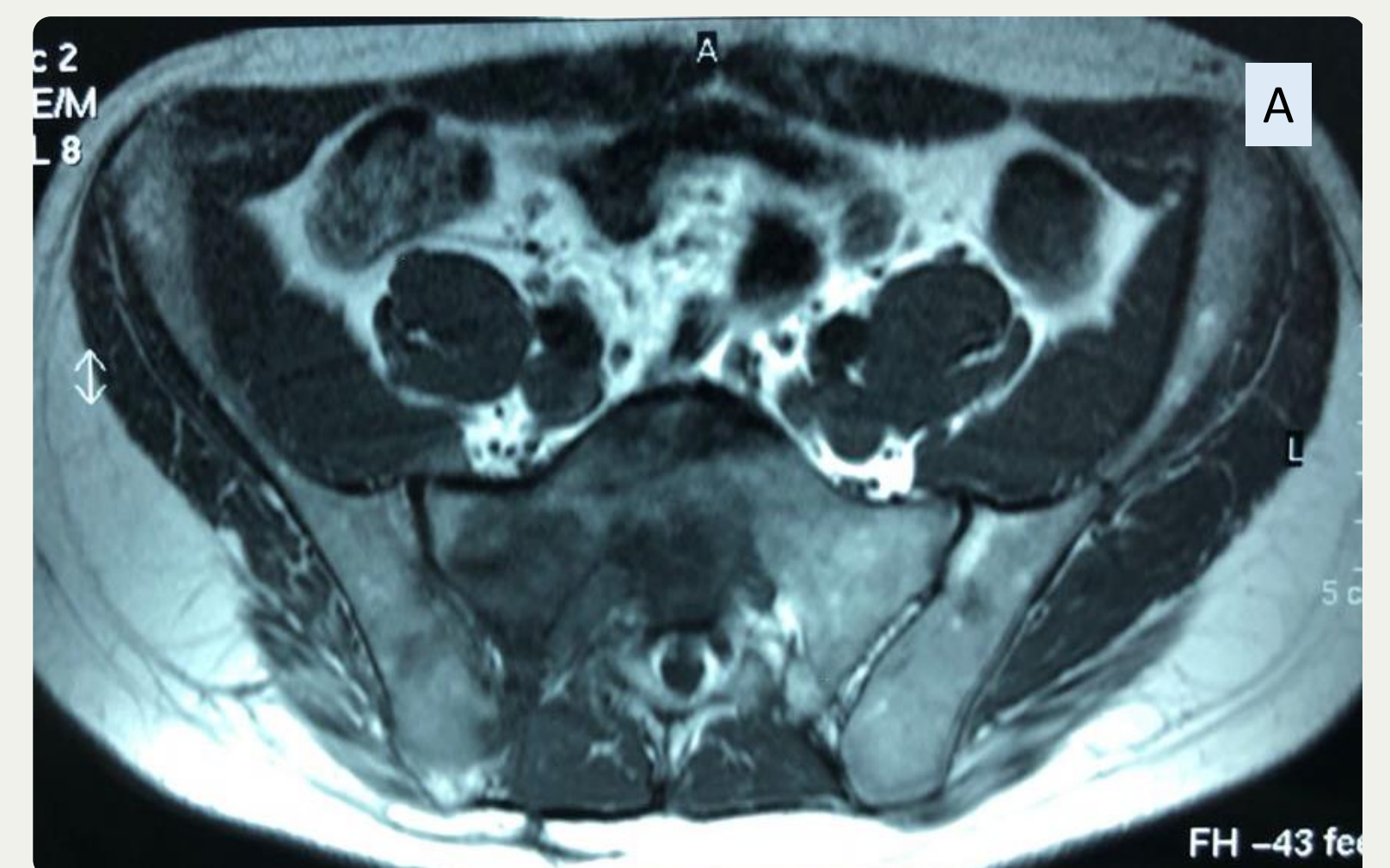


Fig 3. RM (A) y TC (B) sacroilíacas, corte axial. 1 año evolución. Lesión lítica en agujero S1 derecho. Edema óseo



Fig 4. TC toracolumbar, corte sagital. Lesiones en T12 y L5.



Fig 5. TC Torácico, corte axial. Masa mediastínica 12x7 cm. Conglomerados adenopáticos.

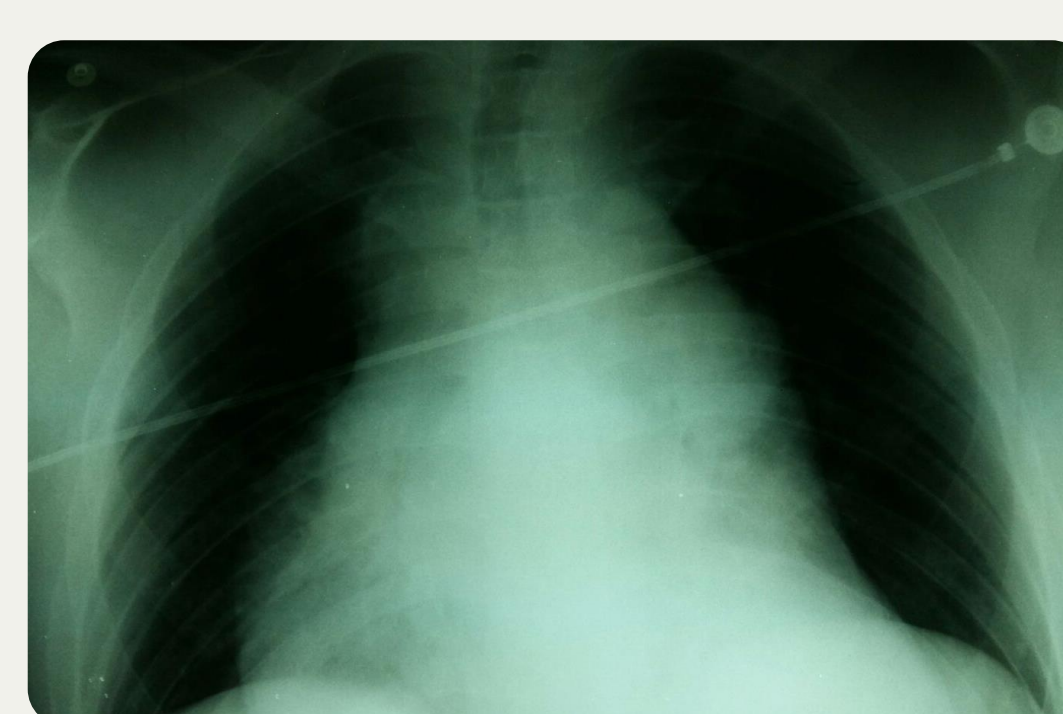


Fig 6. Radiografía simple de tórax. Masa mediastínica.

CONCLUSIONES:

La neuropatía periférica motora se asocia a linfoma de Hodgkin y tiene un curso independiente y benigno (3). Se caracteriza por debilidad proximal, indolora y asimétrica que predomina en extremidades inferiores. Aunque suele aparecer tras el tratamiento del linfoma, puede debutar como síntoma inicial. Las investigaciones repetidas y la sospecha clínica de presentaciones inusuales pueden ser útiles para establecer un diagnóstico correcto y comenzar un tratamiento efectivo en esta enfermedad altamente curable.

Bibliografía:

1. Luo W, Zhang F, Sun J, He H. Unusual primary osseous Hodgkin's lymphoma: A case report. *Oncol Lett*. 2015 Feb; 9(2): 677-680
2. Márquez Medina D., Márquez Lobo B. Talavera Hernández MC, Blancas López-Barajas I, Sáez Medina I, García Puche JL. Linfoma de Hodgkin con afectación ósea: comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Oncología (Barc)* 2004. 27 (3):135-139
3. Erro-Aguirre ME, Maisterra-Santos O, Gallego-Culieré J. Paraneoplastic neurologic syndromes. *Med Clin* 2005;125:543-7
4. Ha-ou-nou FZ, Benjlili L, Essaoudouni L. Sacral pain as the initial symptom in primary Hodgkin's lymphoma of bone. *J Cancer Res Ther*. 2013 Jul-Sep;9(3):511-3.



55 CONGRESO
secot