Neurology Perspectives. 2025;5(S1):921

Neurology perspectives

22173 - DE LA DEBILIDAD A LA REVELACIÓN, UN VIAJE DIAGNÓSTICO HACIA UN LINFOMA B PRIMARIO DEL SNC

Gómez-Pintado Cano, L.[1]; Delgado Orozco, L.[2]; Olivares Vivancos, E.[3]; Zamarbide Capdepón, I.[1]; Esteban Fernández, L.[1]; de la Fuente Batista, S.[1]

[1]Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; [2]Servicio de Hematología. Fundación Jiménez Díaz; [3]Servicio de Radiología. Fundación Jiménez Díaz.

Resumen

Objetivos: Varón de 64 años con retinosis pigmentaria, hemocromatosis y epilepsia idiopática. Acude a urgencias por debilidad progresiva en la extremidad inferior derecha de 10 días e inestabilidad de 6 meses de evolución. En la exploración presenta debilidad en flexión de cadera derecha, reflejos osteotendinosos hipoactivos en extremidad inferior izquierda y abolidos en la derecha, hipoestesia e hipopalestesia, con gradiente distal en extremidades inferiores, y marcha atáxica. Se realizan electrocardiograma, analítica y TC craneal sin alteraciones.

Material y métodos: Con sospecha de polirradiculoneuropatía subaguda de etiología incierta, el paciente es ingresado para completar estudio. El análisis de líquido cefalorraquídeo muestra hiperproteinorraquia y pleocitosis linfocitaria, mientras que la RM lumbar revela engrosamiento de las raíces de la cola de caballo, lo que sugiere aracnoiditis. Se diagnostica una polineuropatía desmielinizante sin actividad aguda en el EMG. Tras ciclo de tratamiento con metilprednisolona, persiste sin mejoría.

Resultados: Tras un mes en rehabilitación, presenta empeoramiento funcional y debilidad aumentada en extremidad derecha, lo que lleva a un nuevo ingreso. En PET-TC se objetivan lesiones intradurales en la cola de caballo y captación patológica. Se realiza una nueva PL que muestra celularidad aumentada con linfocitos T en su mayoría y linfocitos B maduros. Por último, dado que se continúa sin conocer la etiología, se realiza una biopsia dural, que confirma un linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) primario del SNC.

Conclusión: Se inicia tratamiento con inmunoquimioterapia (rituximab, metotrexato, citarabina y tiotepa). Durante el tratamiento presenta complicaciones como desaturación y somnolencia, pero mejora tras ajustar el control del dolor neuropático.

2667-0496 / © 2025, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Neurología (SEN). Todos los derechos reservados.