



Neurology perspectives



22974 - MIELOPATÍA SECUNDARIA A ANTINEOPLÁSICOS: UNA ENTIDAD INFRECUENTE

Rodríguez Carrillo, J.; Rodríguez García, B.; Ravelo León, M.; Gómez de la Torre Morales, D.; Aguilera Aguilera, J.; Díaz Díaz, I.; Luz Esteve, M.; Núñez Medina, P.; Martín Vergara, N.; Esain González, I.; Gil Manso, R.; Alañá García, M.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Resumen

Objetivos: La mielopatía cordonal posterior es una complicación infrecuente tras quimioterapia. En pacientes tratados con metotrexato se relaciona con su influencia sobre el metabolismo del folato. La clínica es similar a la degeneración combinada subaguda, con recuperación variable.

Material y métodos: Varón de 52 años, consultó en Urgencias por dolor lumbar irradiado a extremidades inferiores de meses de evolución, resistente a tratamientos sintomáticos. Análisis con 15.500 leucocitos/mm³, 76.000 /mm³ plaquetas y 85% blastos. La TC *body* y la RM lumbosacra detectaron masa adenopática infiltrando a iliacas, músculos piriformes y huesos sacro e iliaco. Con diagnóstico de LLA tipo Burkitt, recibe 4 ciclos cortos de tratamiento con poliquimioterapia (ciclofosfamida, metotrexato, citarabina y rituximab) a dosis altas. Se detectó infiltración en LCR, administrando tratamiento intratecal con metotrexato, ARA-C y corticoides en 5 ocasiones, mejorando el dolor y negativizándose el LCR.

Resultados: Cuatro meses después recaída en sistema nervioso, recibiendo otras cuatro TIT. Días después de la última, comienza con paraparesia, hiperreflexia en MM inferiores, Babinski bilateral y alteración en sensibilidad vibratoria y artrocinética. La RM mostró hiperseñal en T2 en cordones posteriores desde D7 hasta cono medular, sugiriendo mielopatía cordonal posterior. Niveles de vitamina B12, fólico, homocisteína, metilmalónico, Cu y Zn normales. El análisis del LCR descartó infiltración e infección. Se indicó ácido fólico y rehabilitación, con progresiva mejoría de la fuerza en EE inferiores y pudiendo caminar a los tres meses.

Conclusión: La mielopatía secundaria a metotrexato supone un reto diagnóstico y terapéutico. El adecuado diagnóstico diferencial y un alto índice de sospecha evitará intervenciones que incrementen la toxicidad.