

cefalea, vómitos, otalgia, sordera y parestesias faciales en el lado izquierdo. La TAC craneal reveló una lesión tumoral del ángulo ponto-cerebeloso izquierdo que se realizaba tras la administración de contraste, obliteración y realce poscontraste de las cisternas de la base y dilatación ventricular. En 4 exámenes de LCR había pleocitosis linfocitaria estéril, hipoglucorraquia y elevación de la tasa de adenosina deaminasa (ADA); en la citología licuoral no se detectaron células malignas. Se estableció un diagnóstico presuntivo de meningitis tuberculosa, administrándose tuberculostáticos y corticoides. La paciente falleció 2 meses más tarde. El estudio necrópsico reveló un LBPSNC con infiltración leptomeníngea y de los vasos sanguíneos de los espacios de Virchow-Robin con extensión subpial microscópica. En la región pontina izquierda, y en estrecha correlación con los hallazgos macroscópicos, la invasión subpial era más extensa afectando a la hemiprotuberancia y pedúnculo cerebeloso medio (ver figuras 2a y b en la referencia de Berciano et al.²).

El LBPSNC es un subtipo de linfoma no Hodgkin confinado al cerebro, ojos, médula espinal o leptomeninges, sin componente sistémico³. El cuadro clínico depende de la topografía lesional; la mayoría de casos se presentan con una semiología, de semanas o meses de duración, que incluye trastornos cognitivos, signos de déficit focal y síntomas de hipertensión intracraneal. Se ha estimado que en torno al 20% de los pacientes hay una infiltración leptomeníngea concurrente, a menudo subclínica y solo detectable mediante el examen licuoral. En nuestro caso, 4 exámenes de líquido cefalorraquídeo fueron insuficientes para observar celularidad maligna; por el contrario, en 3 se detectaron altas tasas de ADA, que hicieron sospechar una meningitis tuberculosa⁴.

El estudio histológico de nuestro caso demuestra que en el linfoma B leptomeníngeo primario hay una sutil y extensa invasión perivascular de los espacios de Virchow-Robin con infiltración subpial, que ocasionalmente aumenta de tamaño hasta alcanzar amplias zonas del parénquima, visibles en el examen macroscópico del encéfalo. Cualquier lesión que

alcanza un tamaño crítico puede causar semiología focal, incluyendo la del ángulo ponto-cerebeloso.

Financiación

El autor no ha recibido financiación pública o privada.

Bibliografía

1. Berrocal-Izquierdo N, Muñoz F, Bosch J, Molet J. Primary central nervous system lymphoma mimicking cerebellopontine angle tumour. *Neurologia*. 2018;33:614–6.
2. Berciano J, Jiménez C, Figols J, Ferreres JC, Combarros O, Arjona R, et al. Primary leptomeningeal lymphoma presenting as cerebellopontine angle lesion. *Neuroradiology*. 1994;36:369–71.
3. Han CH, Batchelor TT. Diagnosis and management of primary central nervous system lymphoma. *Cancer*. 2017;123:4314–24.
4. Ribera E, Martínez-Vázquez JM, Ocaña I, Segura RM, Pascual C. Activity of adenosine deaminase in cerebrospinal fluid for the diagnosis and follow-up of tuberculous meningitis in adults. *J Infect Dis*. 1987;155:603–7.

J. Berciano^{a,b}

^a Servicio de Neurología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED)
Correo electrónico: joseberciano51@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.01.002>
0213-4853/

© 2019 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Respuesta a «Hematoma epidural agudo cervical espontáneo de inicio atípico simulando cuadro ictal»



Reply to «Spontaneous acute epidural haematoma of the cervical spine with an atypical onset resembling ictal symptom»

Sr. Editor:

Hemos leído con especial interés la carta al editor titulada «Hematoma epidural agudo cervical espontáneo de inicio atípico simulando cuadro ictal» de Arévalo et al.¹. Agradecemos la meritoria aclaración acerca de las implicaciones en el manejo de estos pacientes, de un modo claro y conciso.

La mayoría de las conclusiones y conocimiento acerca de este tipo de enfermedad reside en algunos escasos reportes de casos, donde el sesgo de selección es inherente; o series de un número limitado de casos sin un detallado análisis estadístico. No obstante, nos gustaría hacer algunas aclaraciones basadas en nuestra experiencia, así como las derivadas del único trabajo multicéntrico realizado en España donde se incluyen 29 pacientes con hematomas espinales epidurales espontáneos tratados quirúrgicamente y que fue realizado por miembros de nuestro grupo de trabajo².

En efecto, concordamos con los autores en que el tratamiento de este tipo de lesiones es eminentemente quirúrgico. Igualmente, en los pacientes que presentaran una mejoría espontánea o en aquellos con una pobre condición médica que contraindicase el tratamiento quirúrgico debería optarse por un manejo conservador. La mejoría espontánea no es tan infrecuente como cabría esperar³, y en

nuestra serie se excluyeron 2 pacientes con excelente evolución hasta la recuperación, a pesar de no haber recibido tratamiento quirúrgico. La utilidad del manejo con corticoides en pacientes que no son candidatos a tratamiento quirúrgico no ha quedado claramente demostrado en los pacientes con hematomas espinales⁴, y todas las conclusiones y recomendaciones que podemos obtener al respecto derivan del estudio multicéntrico NASCIS⁵.

Ahora bien, en el trabajo sobre factores pronósticos de pacientes operados con hematomas espinales espontáneos² mostramos que la cirugía realizada de forma tardía fue considerada como un factor de mal pronóstico, asociado a la ausencia de mejoría neurológica. No obstante, hasta en un 43% de los casos operados más allá de las primeras 24 h mostraron algún grado objetivo de mejoría neurológica. Del mismo modo, al contrario de lo que queda demostrado en el traumatismo raquímedular⁶, el grado de compromiso neurológico previo a la cirugía no demostró una asociación significativa con el pronóstico. Dados estos 2 últimos resultados, pudimos concluir que, si bien la recuperación neurológica es multifactorial, la descompresión quirúrgica es una técnica relativamente segura que, en casos de compromiso neurológico, debe realizarse lo más precozmente posible. Sin embargo, ni la persistencia de los síntomas más allá de las 24 h, ni la presencia de una lesión medular completa deben ser consideradas como contraindicaciones al tratamiento quirúrgico en los pacientes con compresión por un hematoma espinal.

En este trabajo¹ se incorporan varios elementos a la descripción de la imagen radiológica que, si bien pueden resultar interesantes desde el punto de vista descriptivo, tienen poco valor respecto al pronóstico. Entre las variables radiológicas más significativas, la extensión en longitud de la lesión intraaxial, entendida como el aumento de señal intraaxial en secuencias T2 en un corte medio sagital en la RM espinal, es el único factor pronóstico radiológico demostrado hasta la fecha². Ni la longitud del hematoma extraaxial, ni el porcentaje de ocupación del canal son tan relevantes como este último valor radiológico. El beneficio de poder contar con variables radiológicas que puedan ayudarnos a predecir con cierta seguridad el pronóstico toma especial relevancia en las circunstancias que impiden realizar un adecuado examen neurológico: pacientes sedados o con escasa colaboración con el examinador⁶. Cabe mencionar aquí, que la longitud de la lesión es una variable sujeta al cambio temporal: está estimado que la longitud de la lesión tiene un avance de aproximadamente 10 mm al día⁷. Es por ello, que en este sentido el valor pronóstico de la resonancia cobra sentido cuando esta se realiza en las primeras 48-72 h del inicio del cuadro⁸. En el caso presentado por el grupo de Arévalo et al. el paciente fue intervenido tras el diagnóstico con TC, y la RM fue realizada tras el procedimiento¹. Sería interesante discutir cuáles fueron los motivos que condujeron a tal decisión.

En base a lo anterior, nuestras recomendaciones instan a la realización de una RM de columna y la indicación del tratamiento quirúrgico lo más tempranamente posible en los pacientes con compresión medular. Crear un protocolo radiológico que incluya cortes sagitales en T2 como estudio principal ayudaría a ahorrar tiempo en estos pacientes que precisan de tratamiento urgente. Incorporar la extensión de la lesión intramedular en la descripción radiológica

favorecería un mejor conocimiento de las expectativas de recuperación en estos pacientes. En los casos en los que la realización de una RM retrase el tratamiento quirúrgico más allá de 48 h, será conveniente priorizar el tratamiento quirúrgico urgente sobre el valor pronóstico de la RM.

Financiación

El trabajo que aquí presentamos no obtuvo financiación de fuentes externas.

Bibliografía

1. Arévalo A, Navas M, Pulido P, García de Sola R. Spontaneous acute epidural haematoma of the cervical spine with an atypical onset resembling ictal symptom [Article in English, Spanish]. *Neurol.* 2018;33:408–10.
2. Martínez-Pérez R, Paredes I, Rayo N, de la Rosa P, Díaz Molina J, Lagares A. Factors predicting outcome of surgical treatment of spontaneous spinal hematomas: A retrospective cohort study in four tertiary reference centers. *J Neurosurg Sci.* 2017; <http://dx.doi.org/10.23736/S0390-5616.17.03975-3>.
3. McQuarrie IG. Recovery from paraplegia caused by spontaneous spinal epidural hematoma. *Neurology.* 1978;28:224–8.
4. Kreppel D, Antoniadis G, Seeling W. Spinal hematoma: A literature survey with meta-analysis of 613 patients. *Neurosurg Rev.* 2003;26:1–49.
5. Bracken MB, Shepard MJ, Collins WF, Holford TR, Young W, Baskin DS, et al. A randomized, controlled trial of methylprednisolone or naloxone in the treatment of acute spinal-cord injury: Results of the second national acute spinal cord injury study. *N Engl J Med.* 1990;322:1405–11.
6. Martínez-Pérez R, Paredes I, Cepeda S, Ramos A, Castano-Leon AM, García-Fuentes C, et al. Spinal cord injury after blunt cervical spine trauma: Correlation of soft-tissue damage and extension of lesion. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2014;35:1029–34.
7. Leypold BG, Flanders AE, Burns AS. The early evolution of spinal cord lesions on MR imaging following traumatic spinal cord injury. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2008;29:1012–6.
8. Martínez-Pérez R, Cepeda S, Paredes I, Alen JF, Lagares A. MRI Prognostication Factors in the Setting of Cervical Spinal Cord Injury Secondary to Trauma. *World Neurosurg.* 2017;101:623–32.

R. Martínez-Pérez^{a,b,*} y N. Rayo^c

^a Servicio de Neurocirugía, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

^b División de Neurocirugía, Instituto de Ciencias Neurológicas, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

^c Wester University, London, Ontario, Canadá

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rafa11sabin@hotmail.com
(R. Martínez-Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.12.009>
0213-4853/

© 2019 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).