

urinaria de urgencia, una prevalencia muy similar a la reportada por estudios previos^{4,5}. Dichos síntomas eran, en la mayoría de pacientes, tanto de llenado como de vaciado y eran atribuibles a una disinergia vesicoesfinteriana³. Es más, demostramos que, si bien los síntomas urinarios eran algo más frecuentes en varones, su aparición no dependía de la edad ni de las características clínicas o subtipo de enfermedad de motoneurona⁶. Además, la presencia de síntomas urinarios parecía asociarse a un peor pronóstico⁶. Nuestros estudios venían a desmentir la extendida creencia (entre profesionales y pacientes) de que los síntomas urinarios son atípicos en la ELA y secundarios a la pérdida de movilidad⁷. Preguntar activamente, mediante cuestionarios validados, por síntomas urinarios de llenado, vaciado e incontinencia es importante en la práctica clínica en pacientes de ELA porque estos síntomas pueden impactar negativamente en la calidad de vida³ y son potencialmente tratables.

Financiación

JFVC está financiado por un contrato Río Hortega (PI 17/00137) del Instituto de Salud Carlos III.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Martínez HR, Escamilla-Ocañas CE, Hernández-Torre M. Síntomas neurológicos extra-motores en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica. *Neurología*. 2018;33:474–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.05.002>
2. Van der Graaff MM, de Jong JMBV, Baas F, de Visser M. Upper motor neuron and extra-motor neuron involvement in amyotrophic lateral sclerosis: A clinical and brain imaging review. *Neuromuscul Disord*. 2009;19:53–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nmd.2008.10.002>
3. Arlandis S, Vázquez-Costa JF, Martínez-Cuenca E, Sevilla T, Boronat F, Broseta E. Urodynamic findings in amyotrophic lateral sclerosis patients with lower urinary tract symptoms: Results from a pilot study. *Neurol Urodyn*. 2016;36:626–31, <http://dx.doi.org/10.1002/nau.22976>
4. Nübling GS, Mie E, Bauer RM, Hensler M, Lorenzl S, Hapfelmeier A, et al. Increased prevalence of bladder and intestinal dysfunction in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*. 2014;15:174–9, <http://dx.doi.org/10.3109/21678421.2013.868001>
5. Lopes de Carvalho ML, Motta R, Battaglia MA, Brichetto G. Urinary disorders in amyotrophic lateral sclerosis subjects. *Amyotroph Lateral Scler*. 2011;12:352–5, <http://dx.doi.org/10.3109/17482968.2011.574141>
6. Vázquez-Costa JF, Arlandis S, Hervas D, Martínez-Cuenca E, Cardona F, Pérez-Tur J, et al. Clinical profile of motor neuron disease patients with lower urinary tract symptoms and neurogenic bladder. *J Neurol Sci*. 2017;378:130–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2017.04.053>
7. Prieto I, García T, de Martín MT. Guía para la atención de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

J.F. Vázquez-Costa^{a,b,c,*} y S. Arlandis^d

^a Grupo de investigación en enfermedades neuromusculares y ataxias, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España

^b Unidad de ELA, Servicio de Neurología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Valencia, España

^d Sección de Urología Reconstructiva y Funcional, Servicio de Urología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juan.vazquez.neuro@gmail.com (J.F. Vázquez-Costa).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.01.003>
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/>).

Linfoma primario del sistema nervioso central aparentando lesión del ángulo pontocerebeloso

Primary central nervous system lymphoma mimicking cerebellopontine angle lesion

Sr. Editor:

He leído con interés el trabajo de Berrocal-Izquierdo et al., en el que se describe el caso de un paciente afecto de linfoma B primario del sistema nervioso central (LBPSNC), que se presentó con semiología del ángulo ponto-cerebeloso



izquierdo¹. Los autores señalan que previamente a este caso se han descrito otros 16 casos que habían cursado como masas del ángulo ponto-cerebeloso.

El 1994 nosotros reportamos un caso clínico-patológico de LBPSNC que se presentó como una lesión del ángulo ponto-cerebeloso izquierdo, y ya entonces había 7 casos similares bien ilustrados en la literatura². Una revisión en PubMed (*cerebellopontine angle lymphoma*, consultado el 29 de noviembre de 2018) proporciona 52 *Search Results*; aunque no todas referencias se correspondan obligadamente con descripciones de casos de pacientes con LBPSNC, sí indican que la asociación sindrómica que nos ocupa quizá no sea tan excepcional como hubiera cabido pensar.

Brevemente, nuestra paciente de 39 años refería cefalea occipital desde hacía un año con mala respuesta a analgésicos². Ingresó por una reciente exacerbación de su

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