

# Neurolinfomatosis primaria como debut de linfoma. Caso clínico y revisión sistemática de la literatura.

Judit Villamor Rodríguez<sup>1\*</sup>, María Helena González Gómez<sup>1</sup>, Francisco Javier Sánchez García<sup>1</sup>, Elena Gismera Fontes<sup>1</sup>, David Enrique Barbero Jiménez<sup>1</sup>.

1. Servicio de Neurología, Hospital Universitario de Guadalajara.

## INTRODUCCIÓN

La neurolinfomatosis primaria (**PNL**) es la infiltración directa del SNP por células neoplásicas linfomatosas, representando la **forma más infrecuente de afectación del SNP por linfoma**, y en menor medida del SNC. Manifestación inicial de una neoplasia hematológica subyacente (mayoritariamente **LNH-B**), resultando en un **desafío diagnóstico-terapéutico**. Nuestro objetivo es realizar una revisión de la literatura a través de un caso clínico.

## MÉTODOS

**Caso clínico:** mujer de 70 años, AP de TNE páncreas (MEN1), presenta omalgia y debilidad muscular posterior en MSI, de 2m de evolución, compatible con **plexitis braquial izquierda** (RM+EMG) y **diplopía binocular horizontal** sin oftalmoparesia franca. Añade mononeuropatía del nervio mediano y cubital derechos (EMG). A las 2s comienza con debilidad para la flexo-extensión del pie derecho, debido a **afectación del plexo lumbosacro** (RM+EMG).

## RESULTADOS

Estudio etiológico inicial normal (autoinmunidad, antineuronales, antigangliósidos, antinodales/paranodales, serologías, inmunofenotipo y citología LCR (x2), TC-body, RM-columna), a excepción de **ANCA+ (atípico)**. Inicia MTP-IV (1grx5d), IGIV (2gr/kg) y prednisona oral (60mg) en dosis descendente. Añade **oftalmoplejía OD**. PET-TC cuerpo y RM órbitas normales. **Biopsia nervio sural no sugestiva de vasculitis**. Al mes **plexopatía braquial derecha**. Nuevo ciclo IGIV, añade **afectación del VII y IX p.c.** RM cerebral evidencia realce y lesiones en SB. Nueva PL (inmunofenotipo y citología de LCR) compatible con **LNH-B de célula grande CD20+/CD38+**. No infiltración en médula ósea (biopsia). Inicia tratamiento QT (esquema MATRIX) + TASPE con buena evolución clínica. No recidivas.

## CONCLUSIÓN

Este trabajo ilustra un caso de **neuropatía multifocal secundaria a PNL**, entidad de alta dificultad diagnóstica con **alta tasa de retraso diagnóstico**. Las manifestaciones periféricas son diversas y predominan las **neuropatías dolorosas**. **Infiltración:** nervios periféricos (56%), raíces nerviosas (52%), plexos (33%) y nervios craneales (32%). La **combinación de pruebas diagnósticas** resulta esencial para confirmar y descartar otras entidades (biopsia de nervio dirigida S80%, RM S40% y análisis de LCR S21%) y los regímenes basados en **rituximab** mejoran el **pronóstico**, aunque **incierto** por su rareza.

## BIBLIOGRAFÍA