

Linfoma no Hodgkin de maxilar derecho con metástasis a sistema nervioso central. Reporte de un caso

Gutiérrez López Clara,* Plascencia Álvarez Noel Isaías,*
Quiñones Aguilar Sandra,* Venegas Torres Andrés,* Núñez Orozco Lilia*

RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre de 30 años de edad, con tumoración no tratada en antro maxilar derecho, que cuatro años después presentó un cuadro neurológico progresivo subagudo con cefalea, crisis parciales complejas secundariamente generalizadas que llegaron al estado epiléptico y alteraciones cognoscitivas. La IRM mostró lesiones múltiples en lóbulos frontales. Se realizó biopsia de la mucosa del antro maxilar derecho que reportó linfoma no Hodgkin por lo que las lesiones cerebrales se consideraron metástasis del mismo. Se ha reportado en la literatura que el linfoma no Hodgkin metastático ocupa menos de 5% y generalmente infiltra las leptomeninges sin afectar el parénquima cerebral. Por el contrario, el caso que reportamos tiene una grave afectación parenquimatosa, motivo de presentarlo.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin, metástasis parenquimatosas a cerebro.

Non-Hodgkin Lymphoma of right maxillary sinus with central nervous system metastasis. Case report

ABSTRACT

We present a case of a 30 years-old man who four years before had a non-treated tumour in right maxillary sinus. Afterwards, he begins with subacute neurological features with headache; complex partial seizures secondarily generalized which led to status epilepticus and cognitive dysfunction. MRI showed multiple lesions in frontal lobes. The histological diagnosis of the biopsy of maxillary sinus mucosa concluded non-Hodgkin lymphoma, so the lesions demonstrated in cranial MRI were diagnosed as metastasis. Previous reports inform less than 5% of metastasis to central nervous system from non Hodgkin lymphoma infiltrating leptomeninges and sparing brain parenchyma. For the contrary, this case has a severe involvement of frontal lobes, reason to present the case.

Key words: non-Hodgkin lymphoma, brain parenchyma metastasis.

INTRODUCCIÓN

El linfoma no Hodgkin puede involucrar el cerebro, médula espinal y más frecuentemente las meninges. La presentación de cuadros neurológicos en pacientes sin historia de linfoma ocurre en un 5% de los casos.

REPORTE DEL CASO

Hombre de 30 años que inició su padecimiento en octubre de 2005, con cefalea opresiva bifrontal; en abril de 2006 presentó una crisis parcial compleja y posteriormente alteraciones de conducta, variaciones en el estado del ánimo y en los siguientes meses crisis tónico clónicas generalizadas, hasta llegar a estado epiléptico convulsivo. Cuatro años antes extracción de un tumor en la mejilla derecha sin ningún tratamiento.

Con la primera IRM de encéfalo (Figuras 1-3) su médico decidió tratamiento con prednisona e interferón de 6,000,000 U por seis meses, pero al continuar empeorando fue enviado a nuestro hospital.

A la exploración se encontró con un miniexamen del estado mental de 25 puntos, nistagmus agotable

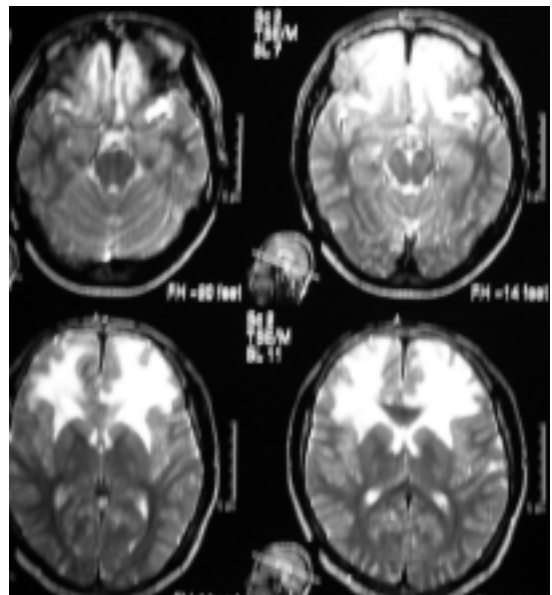


Figura 1. Corte axial en secuencia T1, en donde se observan imágenes corticosubcorticales, bifrontales y simétricas hiperintensas, difusas y heterogéneas.

* Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE, Ciudad de México.

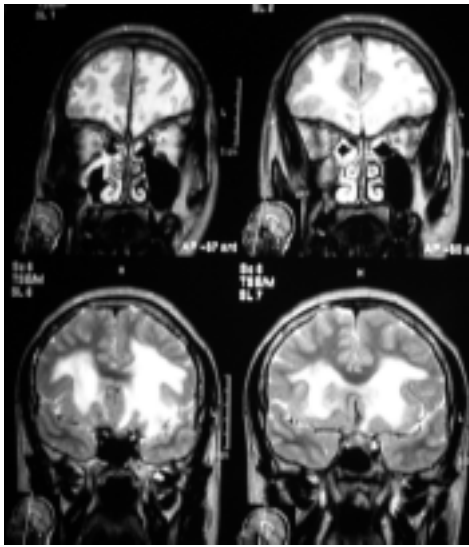


Figura 2. IRM de encéfalo en corte coronal en donde se observa engrosamiento marginal de la mucosa del maxilar derecho.

a la derecha, hiperestesia en V3 derecho, fuerza 3/5 proximal y distal en las cuatro extremidades, hiporreflexia generalizada excepto patelar +++, tono normal, sensibilidad conservada en todas sus modalidades, la marcha la realizaba en forma independiente, Romberg negativo, no signos meníngeos ni atáxicos.

Exámenes de laboratorio y gabinete

Líquido cefalorraquídeo: Incoloro, leucocitos 3, eritrocitos 1, glucosa 60 mg/dL, proteínas totales 50 mg/dL, DHL 19. Citológico de líquido cefalorraquídeo: Sin observarse elementos de malignidad. EEG: Ondas lentas y agudas en las regiones frontales centrales bilaterales, con máxima expresión de lado derecho. Resonancia de encéfalo: Después de seis meses de tratamiento con prednisona (Figura 4).

Biopsia de la mucosa del maxilar derecho: Proceso linfoproliferativo de linfoma no Hodgkin, muestra insuficiente para inmunohistoquímica.

Se envió a Oncología para tratamiento de radioterapia con diagnóstico de metástasis de linfoma no Hodgkin a sistema nervioso central.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Una tercera parte de los pacientes con cáncer sistémico desarrollan metástasis a sistema nervioso central. La invasión leptomeníngea es más frecuente que a la médula espinal, raquis, cerebro y cráneo.¹

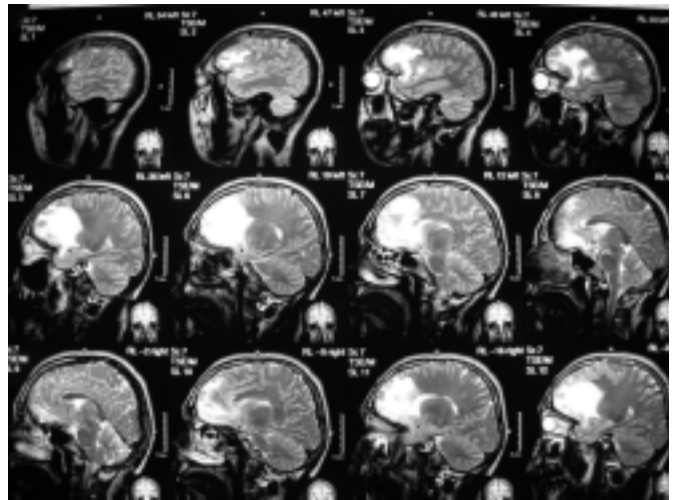


Figura 3. Corte sagital en donde se observa reforzamiento de las lesiones.

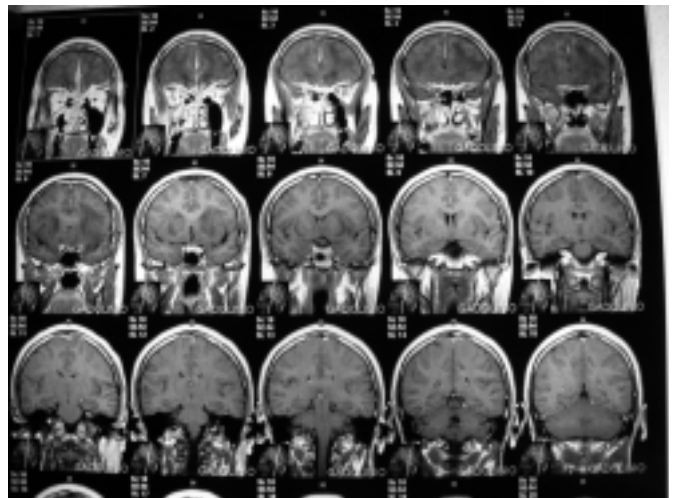


Figura 4. Cortes coronales en secuencia T1, después del tratamiento con esteroides.

La vía de diseminación es hematogena o por invasión directa, produciendo manifestaciones clínicas de acuerdo a su localización y si éstas son únicas o múltiples.

La historia típica corresponde a un paciente de edad media, que inicia con cefalea rebelde de curso progresivo, al que se añade sintomatología focal.² La frecuencia de presentación de los diferentes síntomas es como sigue: cefalea 50%, alteraciones cognitivas 33%, deficiencias motoras 30%, ataxia 20%, alteraciones sensitivas 20%, papiledema 20%, crisis convulsivas 15%, alteraciones del habla 12%, alteraciones visuales 8%.

La etiología de las metástasis cerebrales son por frecuencia pulmón 50-60%, mama 15-20%, melanoma 5-

10%, gastrointestinal 4-10%, genitourinario 3-5%, tiroides y páncreas 3-5%.

Los tumores cancerosos de ovario, próstata, faringe, esófago, linfoma de Hodgkin raramente generan metástasis a sistema nervioso central. En cambio, en los niños los linfomas, leucemias, neuroblastomas, rhabdomyosarcomas, tumor de Wilms y Ewing constituyen la fuente predominante.¹

Se ha reportado en la literatura que el linfoma no Hodgkin metastático ocupa menos de 5%, generalmente infiltrando leptomeninges con conservación del parénquima.^{3,4}

Shikama y cols. realizaron un estudio retrospectivo de 43 pacientes con linfoma nasal que habían sido tratados de 1973-1999; 42 pacientes requirieron radioterapia, de éstos 25 además quimioterapia, cuatro pacientes habían presentado infiltración al sistema nervioso central, manifestada por dolor frontonasal y disfunción de nervios craneales, corroborado por TAC, IRM de encéfalo y LCR.⁵

Zhang y cols. en su departamento de neurorradiología estudiaron a 16 pacientes con el diagnóstico de linfoma no Hodgkin en sistema nervioso central, realizando un análisis retrospectivo por imágenes encontrando que cuatro involucraban el músculo esquelético, cuatro senos y cavidad nasal, tres tórax, un hígado, tres ventrículos cerebrales, un mesenterio, por lo que son importantes los estudios de imagen extranodales para el seguimiento de un linfoma no Hodgkin.⁶

El diagnóstico dependerá de una muy buena historia clínica y exploración general y neurológica en la búsqueda de síntomas y signos que orienten a la mejor elección de las pruebas complementarias. Deben participar en forma conjunta, el oncólogo, el internista, el neurorradiólogo, el neurólogo y el patólogo.

En caso de afección parenquimatosa, el diagnóstico diferencial de las imágenes es muy amplio e incluye abscesos cerebrales, toxoplasmosis, granulomas, lesiones desmielinizantes, gliomas, linfoma primario del sistema nervioso central, infartos cerebrales isquémicos y hemorrágicos, necrosis posterior a radioterapia y otras leucoencefalopatías.⁷

DISCUSIÓN

La literatura reporta predominantemente infiltración meníngea como sitio de metástasis a sistema nervioso a partir de un linfoma no Hodgkin; sin embargo, en el caso que reportamos, las lesiones fueron parenquimatosas provenientes de una tumoración extirpada y no tratada cuatro años atrás que finalmente resultó linfoma no Hodgkin

por biopsia. Por otro lado, las tumoraciones más frecuentes del antro maxilar pueden ser: condroma, osteoma, displasia fibrosa y carcinoma epidermoide a diferencia del resultado de la biopsia en el caso que reportamos.

Se ha informado en la literatura que el linfoma no Hodgkin metastático ocupa menos de 5%, generalmente infiltrando leptomeninges con conservación del parénquima, siendo que en nuestro paciente éste se encontraba gravemente afectado.

En los linfomas puede observarse resolución temporal con esteroides, lo que dificulta el diagnóstico anatomopatológico ya que las células tumorales con frecuencia mueren, dejando atrás un componente reactivo parecido a un trastorno inflamatorio desmielinizante con recidivas múltiples.

Los linfomas no Hodgkin son neoplasias de linfocitos B, ocasionalmente linfocitos T y muy rara vez histiocitos, cuya etiología se ha asociado a disfunciones inmunológicas previas.

La clasificación europea de Kiel ha dividido los linfomas en bajo y alto grado de agresividad, donde es el linfoma de Burkitt (variedad linfoma linfoblástico B).

El linfoma no Hodgkin tiene relativamente una baja incidencia de metástasis al sistema nervioso central, por lo que en este caso gracias al antecedente de extracción tumoral en el maxilar derecho, estudios de imagen y estudios histológicos pudimos concluir la etiología de las manifestaciones neurológicas.

REFERENCIAS

1. Masson-Punyet R, et al. *Metástasis cerebrales*. Rev Neurol 2000; 31(12): 1242-7.
2. Bierman P. *Diagnosis and treatment of central nervous system involvement in Non Hodgkin's Lymphoma*. Hematol Oncol Clin N Am 2005; 19(3): 597-609.
3. Bashir RM, Bierman PJ, et al. *Central nervous system involvement in patients with diffuse aggressive non Hodgkin's Lymphoma*. Am J Clin Oncol 1991; 14(6): 478-82.
4. Bollen EL, Brouwer RE, Hamers S, et al. *Central nervous Non Hodgkin's Lymphoma. A single study of 532 patients*. Arch Neurol 1997; 54(7): 854-9.
5. Shikama N, Oguchi M, et al. *Evaluation of central nervous system involvement in nasal lymphomas*. Nippon Acta Radiological 2001; 61(87): 342-6.
6. Zhang, Jingfeng, et al. *Extranodal imaging manifestations of Non Hodgkin lymphoma*. Journal of Huazhong University of Science and Technology. Medical Science 2003; 23(3): 324-7.
7. Erbsoll J, Schutz HB, Thomsen GL, et al. *Meningeal involvement in No Hodgkin's Lymphoma symptoms, incidence, risk factors and treatment*. Scand J Hematol 1985; 35(5): 487-96.



Correspondencia: Dra. Clara Gutiérrez López
Correo electrónico: Gulc791217@aol.com