

Nombre:	Fernando
Apellido:	Brahm
Otros Autores:	María Dolores Monedero, Luis López, Jaime Salvador, Anthony Vizarreta, Juan Manuel Pazos
E-mail:	fernandobrahm@hotmail.com
Hospital:	Hospital Doctor Peset
Ciudad:	Valencia
Título:	Compresión medular por infiltración epidural extensa de linfoma no Hodgkin
Presentación:	Hombre de 68 años, consulta por debilidad de extremidades inferiores que se agudiza en las últimas 24 horas, asociando incontinencia de esfínteres, así como astenia y pérdida ponderal de 20 Kg. en los últimos 2 meses. Se realiza una RM medular urgente, identificando una masa de partes blandas epidural desde C7 a T9 con extensión bilateral a los agujeros de conjunción, que envuelve y comprime la médula, la que muestra una alteración de intensidad de señal. La médula ósea presenta alteración de intensidad de señal difusa heterogénea con realce postgadolinio. También se objetivan adenopatías retroperitoneales y mediastínicas. Las secuencias localizadoras muestran una masa en espacio rectovesical y esplenomegalia. Los hallazgos orientan a síndrome linfoproliferativo con compresión medular y mielopatía.
Discusión :	La anatomía patológica confirma el diagnóstico de linfoma difuso de células grande B (LDCGB). El linfoma difuso de células grandes B constituye el 35% de los linfomas no Hodgkin (LNH). El 40% de ellos se originan en tejido linfoide de localización extraganglionar y el 60% se diagnostican en estadios III ó IV. El 0.1-6.5% de los LNH presentan compresión epidural de la médula espinal en el momento del diagnóstico o durante el curso de la enfermedad. En orden de frecuencia, afecta la columna dorsal, lumbar y cervical y tiende a comprometer múltiples niveles, con un promedio de 2.6 vértebras. Se caracteriza por envolver los tejidos blandos paraespinales, para luego invadir los forámenes vertebrales, sin destruir estructuras óseas.
Conclusión:	En un paciente con compresión medular extensa secundaria a una masa epidural que envuelve la médula espinal y se introduce en los agujeros foraminales sin destrucción ósea siempre se debe plantear el linfoma como posibilidad diagnóstica. Los hallazgos asociados de afectación de médula ósea y adenopatías retroperitoneales apoyan el diagnóstico.
Bibliografía:	Córdoba-Mosqueda, M. E., Guerra-Mora, J. R., Sánchez-Silva, M. C., Vicuña-González, R. M., y Ibarra-de la Torre, A. (2017), Primary Spinal Epidural Lymphoma As a Cause of Spontaneous Spinal Anterior Synbrome: a Case Report and Literature Review. Journal of Neurological Surgery Reports, 78(R1), e1-e4. Hyun-Jun, Ch., Jang-Bo, L., Junseok, H., Sung-Won, J., Tai-Hyoung Ch., y Jung-Yul, P. (2015). A Rare Case of Malignant Lymphoma Occurred at Spinal Epidural Space: A Case Report. Korean J Spine, 12(3), 177-180. Goutham, C., Manish. S., Anil. P., Ravi. R., Mahalakshmi. B., Sumer. S., y Ajai. K. (2011) Primari Spinal epidural lymphomas. J Craniovertebr Junction Spine. 2(1), 3-

	<p>11. Rodallec. M., Feydy. A., Lerousserie. F., Anract. P., Campagna. R., Babinet. A., Zins. M., y Drapé. J. (2008). Diagnostic Imaging of Solitary Tumors of the Spine: What to Do and Say. RadioGraphics. 28, 1019-1041.</p>
Pie de foto:	<p>RM de médula espinal con secuencias potenciadas en T1, T1 con supresión grasa postgadolinio, T2 y mielografía. Se identifica una masa de partes blandas de localización epidural desde C7 a T9, que envuelve y comprime el cordón medular, el cual presenta una sutil alteración de intensidad de señal en la secuencia T2. Estos hallazgos asocian alteración de intensidad de señal difusa y heterogénea de la médula ósea en todas las secuencias con realce parcheado tras la administración de contraste iv. En la mielografía destaca el extenso componente estenótico espinal condicionado por la lesión.</p>