

Varón de 38 años que ingresa (12/07/04) en el servicio de digestivo por cuadro de síndrome constitucional con diarrea que no respeta sueño, pérdida de 15 kg de peso y aumento progresivo del perímetro abdominal de dos meses de evolución.

**Antecedentes personales:**

De origen argentino, reside en España desde hace 20 años. Empresario del marisco

Ex-fumador de medio paquete diario desde hace un año (10 paquetes/año)

Bebedor moderado de alcohol

Hepatitis B aguda resuelta en la adolescencia

Hepatitis C crónica grado II (en 1999)

Candidiasis orofaríngea 4 meses antes del ingreso

Estancias en Mauritania, Senegal y Marruecos en los dos últimos años

Migrañas ocasionales que se trata con sumatriptán

## **Exploración física:**

TA: 110/60, FC: 160 lpm. Eupneico. No IVY.

Boca: lesiones de Muguet en mucosa lingual, yugal y faríngea.

AC: taquicardia, sin soplos, ni roces ni extratonos.

AP: sin hallazgos

Abdomen: distendido, con signos de ascitis. Sensación de masa en mesogastrio y flanco derecho

MMII: edemas con fóvea hasta rodilla

### **Exploraciones complementarias:**

Hemograma: Leucocitos 8.240 (PMN 6340, linfocitos 1.020),

HB: 15.8 g/dl, plaquetas 255.000. Reticulocitos 153.000.

Coombs D e I negativos.

VSG 23. Coagulación normal

Bioquímica: Glucosa 63, Ac. Úrico 20,9, albúmina 2,9, proteínas totales 5,99, GOT 58, GPT 143, GGT 170, FA 430, Na 127, Cl 84,

LDH: 1.813, Ferritina 1140

PCR 252.4

Ig G: 913, Ig A: 332, Ig M 78

AFP: 1.3; CEA: 2,32; BGCH: < 5

**B2Microglobulina: 14 mg/dl**

**CD4: 78**

**SEROLOGÍA: VHC +, CMV +**

**SEROLOGÍA VIH (+). CV: 372.000 c/ml**

**¿Qué pruebas o procedimientos creéis indicados?**

# TAC ABDOMINAL

7/01/65

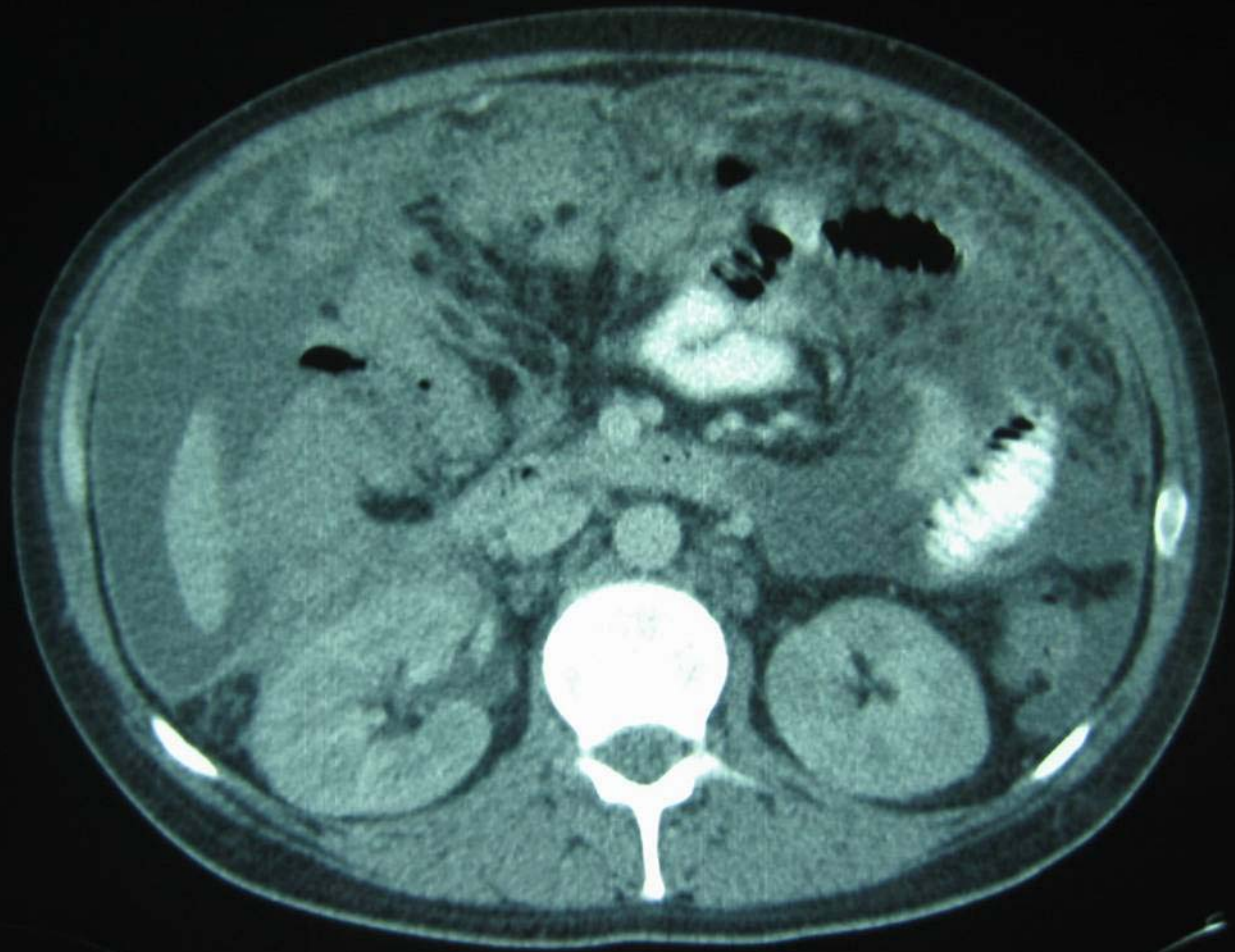
3/07/04

8:56:49.31

IMA 78

PI 2

P -292.0



120

mAs 75

225

0.5

## LIQUIDO ASCÍTICO

LEUCOCITOS 12.400 (55% mononucleares)

HEMATÍES: 11.000

GLUCOSA: < 10

PROTEÍNAS TOTALES: 4.3, ALBÚMINA 2.2

ADA: 65.9

LDH: 7.310

AMILASA: < 30

CITOLOGÍA: células linfoides atípicas. IF: monoclonalidad B

RECAPITULANDO:

VARÓN VIH +

MASA ABDOMINAL

ASCITIS EXUDATIVA CON CITOLOGIA COMPUESTA DE  
CELULARIDAD LINFOIDE MONOCLONAL Y ADA ALTO

LDH EN SANGRE Y LIQUIDO ASCITICO ELEVADA

¿ALGO MÁS  
QUE HACER?



**Laparotomía:**

Biopsia de epiplon: Linfoma no Hodgkin difuso de célula B grande

Biopsia hepática: hepatitis crónica. No infiltración neoplásica

**Biopsia de médula ósea con inmunofenotipo:**

Sin infiltración linfomatosa.

**Estudio de LCR:**

Citobioquímica normal. Ag Criptocócico (-). ADA: 3. Citología: (-)

**TAC torácico y abdomino pélvico:** enfermedad limitada a abdomen

**TAC craneal:** no alteraciones relevantes

**Galio:**

Captación inespecífica en bases pulmonares y pericardio. Captación difusa del marco intestinal.

# DIAGNÓSTICO

1. LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO CÉLULA B CON MASA BULKY ABDOMINAL Y ASCITIS LINFOMATOSA
2. INFECCIÓN POR VIH ESTADIO C3

# EVOLUCIÓN

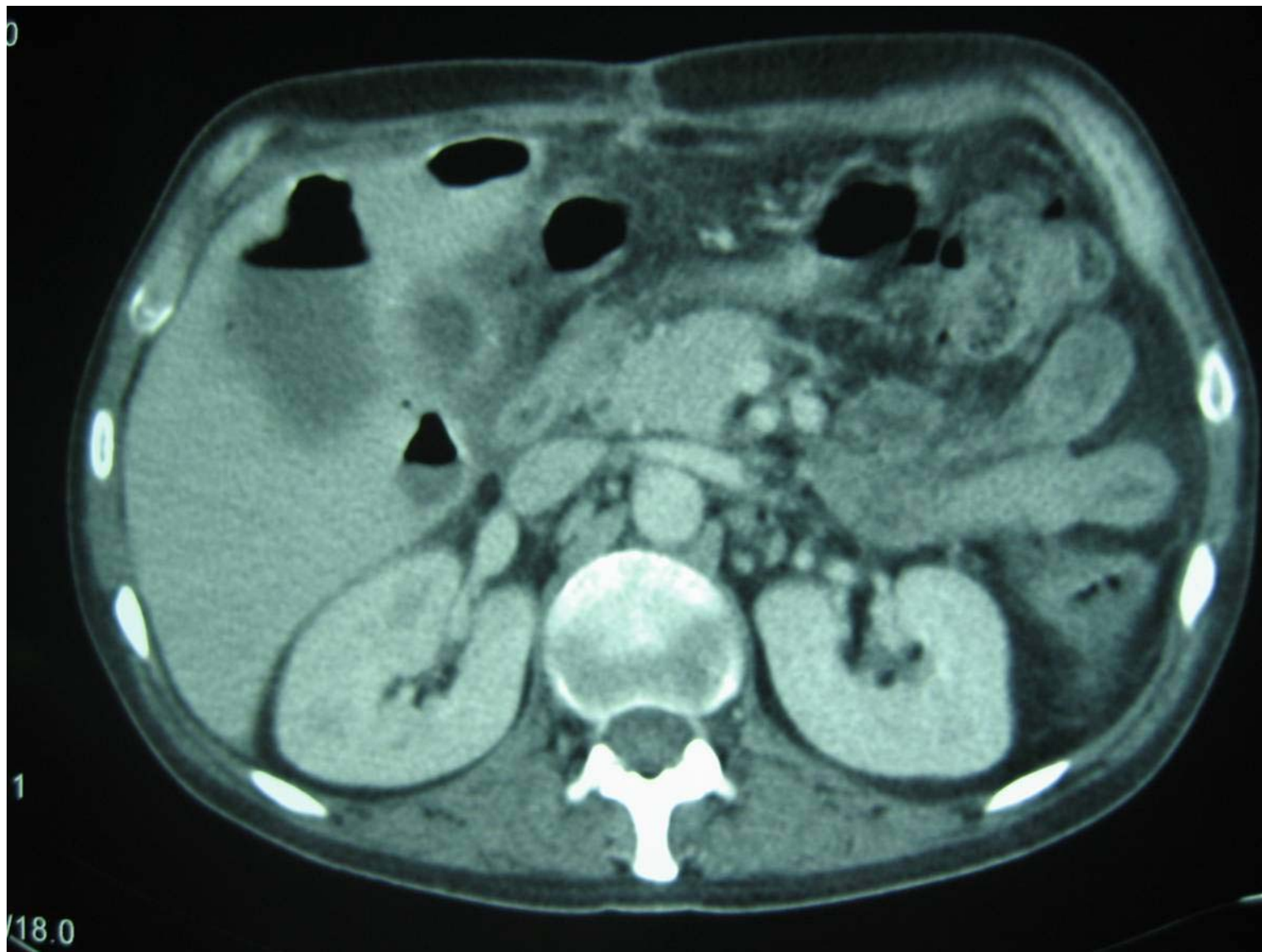
Inició tratamiento con R-CHOP, Lopinavir/ritonavir, didanosina y lamivudina y fluconazol.

Insuficiencia suprarrenal (cortisol de 6) tratamiento sustitutivo

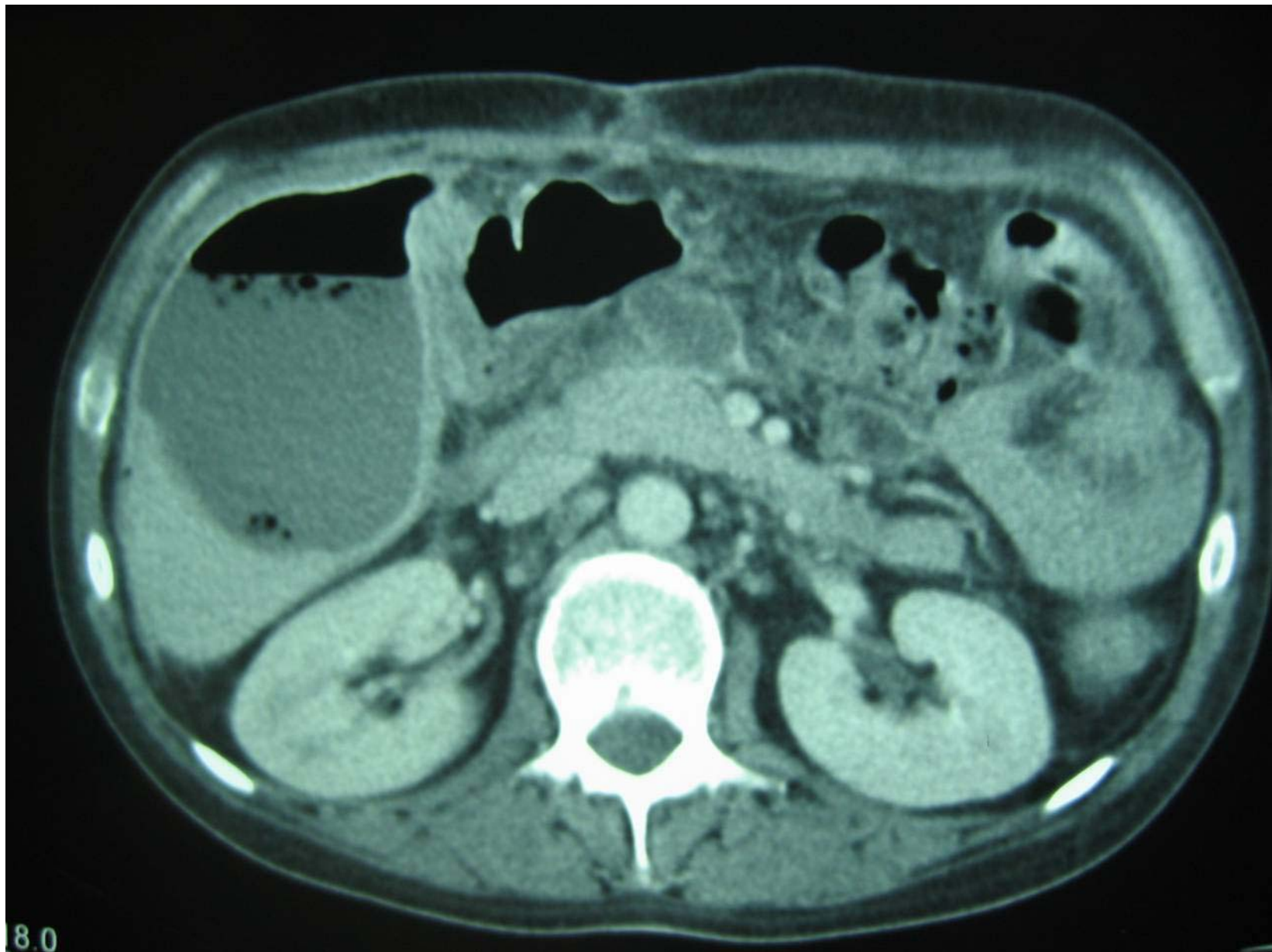
23/08/04: Mucositis y parotiditis izquierda.

Ag CMV (+). Ganciclovir iv 2 semanas. Negativización de antigenemia

Octubre 2004: dolor abdominal y fiebre. Signos de irritación peritoneal







Noviembre 2004: acude a urgencias por diplopia, inicialmente en la mirada hacia la derecha, de instauración progresiva a lo largo de varios días y acompañada de ptosis palpebral. No fiebre ni cefalea acompañante.

En la exploración física se apreció anisocoria con dilatación pupilar izquierda, que se acentuaba con la iluminación, ptosis palpebral y debilidad con movimiento incompleto del ojo izquierdo en la mirada interna, superior e infero-interna. El fondo de ojo no mostraba signos de hipertensión endocraneal ni patología retiniana. El resto de pares craneales, la fuerza, sensibilidad, ROT, RCP y exploración de cerebelo y cordones posteriores fueron normales.

¿Cuál es el diagnóstico?

¿Cuáles son las etiologías más probables?

¿Qué pruebas estarían indicadas?



# Etiología de mononeuropatía

Tóxico-metabólica	Diabetes, intoxicación por plomo (metales pesados), uremia, porfiria, déficit vitamínicos, HAART
Isquémica	Tromboembólica, vasculitis primarias, enfermedades asociadas a inmunocomplejos, crioglobulinemia (hepatitis B y C)
Compresiva	Tumores, aneurismas, abscesos
Infiltrativa	Tumoral (sólidos y hematológicos)
Infeciosa	CMV, herpes simplex, zóster, sífilis, Lyme, TBC, criptococosis
Autoinmunes	Primarias o asociadas a Ac con actividad frente a proteínas neurales o mielínicas (globósidos, APBM...), asociada a infecciones (SGB, PDIC)

Tóxico-metabólica	Diabetes, intoxicación por plomo (metales pesados), uremia, porfiria, déficit vitamínicos, HAART	Test en sangre y orina
Isquémica	Tromboembólica, vasculitis primarias, enfermedades asociadas a inmunocomplejos, crioglobulinemia (hepatitis B y C), SAF	Test en sangre y pruebas de imagen
Compresiva	Tumores, aneurismas, abscesos	Pruebas de imagen
Infiltrativa	Tumoral (sólidos y hematológicos)	Pruebas de imagen, ENG, LCR
Infecciosa	CMV, herpes simplex, zóster, sífilis, Lyme, TBC, criptococosis	Serologías, cultivo, PCR, LCR
Autoinmunes	Primarias o asociadas a Ac con actividad frente a proteínas neurales o mielínicas (globósidos, APBM...), asociada a infecciones (SGB, PDIC)	Tests específicos, ENG

Hemograma, coagulación, bioquímica: normal

EEF, cuantificación de Igs: normal. No pico monoclonal

Crioglobulinas: no se detectan.

Porfirinas: negativas

ANA, anti-DNA, ENA, ACLA: negativos

Serología CMV: Ig G positiva, Ag CMV: negativo

Serología VHS y VVZ: IgG (+)

Serología B pasada, VHC +, Lúes y Lyme: negativas

Ag criptocócico: negativos

Mantoux: (-)

TC abdominal: no visualización de masa tumoral.

## LCR

Aspecto claro. Presión normal

Células: 3. Hematíes: 69. Glucosa 46 (>50% plasmática). Proteínas 75. ADA 4.9

Ag criptocócico: (-) Gram: no se visualizan gérmenes

Cultivos medios convencionales, TB y hongos: negativos

BAAR y PCR TB: (-)

Serología VVZ, VHS, CMV, lúes y Lyme: (-)

Ag CMV, PCR y cultivo para CMV (-)

No detección de bandas oligoclonales

Citología: negativa

Citometría de flujo: no se demuestra anomalías.

## RNM CEREBRAL

No se demuestran alteraciones

Administración empírica de corticoides y de ganciclovir  
Cambio de ddl por tenofovir

1 semana después, persistiendo la parálisis del III par izquierdo, se queja de caída del pie izquierdo con imposibilidad para elevarlo no acompañada de dolor, alteraciones en la sensibilidad termoalgésica y mínimas alteraciones en la propiocepción ipsilateral. No erupción cutánea acompañante. A los pocos días se suma debilidad de la musculatura distal de miembro inferior derecho con los mismos hallazgos en la exploración sensitiva.

# Neuropatía en VIH

*Nardin & Freeman. Uptodate 2005*

- Polineuropatía simétrica distal
- Mononeuropatía múltiple
- Poliradicuopatía desmielinizante
- Poliradiculopatía lumbosacra (síndrome de la cola de caballo)
- Síndrome de linfocitosis infiltrativa difusa
- Neuropatía autonómica
- Mononeuropatía
- Radiculitis por herpes zóster
- Ganglioneuritis sensorial

ENG

Polineuropatía predominantemente motora y axonal en los nervios explorados (peroneal derecho y tibial posterior izquierdo)

RNM de médula espinal: sin hallazgos relevantes





RNM de médula espinal: sin hallazgos relevantes



## EXAMEN DEL LCR:

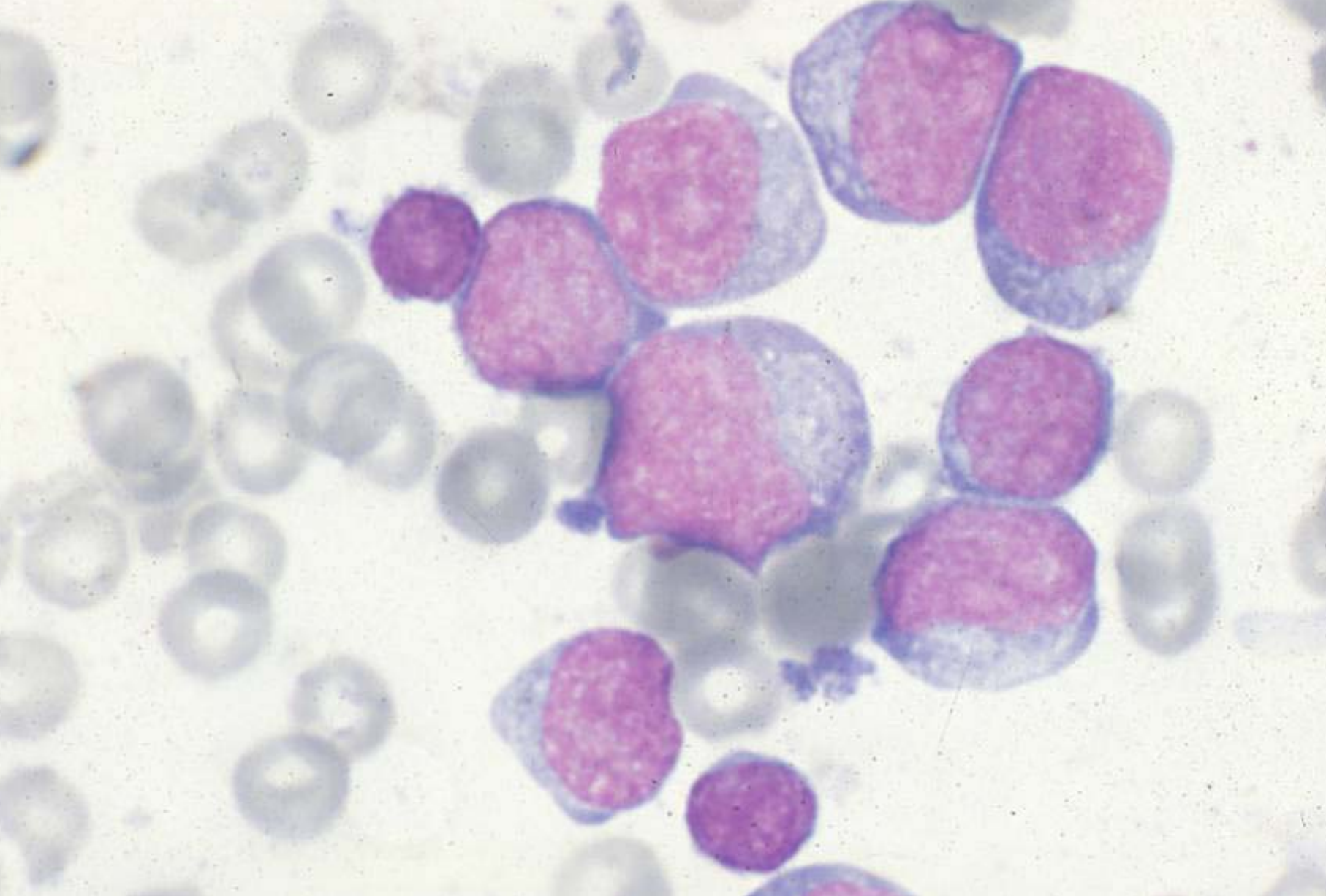
Aspecto claro, presión normal.

Células: 13 (predominio mononuclear)

Glucosa 35 mg/dl, Proteínas: 184 mg/dl.

ADA: 7.3 UI/dl

Gram, baciloscopia, PCR TB y CMV, Ag criptocócico: negativos



CITOLOGÍA POSITIVA. POR CITOMETRÍA FLUJO LINFOCITOS B  
MONOCLONALES

Administración intratecal con MTX y ara-C  
Rehabilitación

No recuperación de polineuropatía

Recidiva abdominal de linfoma a pesar de terapias de segunda y tercera línea.

No evidencia de recidiva en SNC

Éxitus en junio de 2005

# Complicaciones neurológicas del SNC por linfoma

*Recht. Neurol Clin 9, 1991*

*Pollard & Young. J Neurol Neurosurg Psych 63, 1997*

## SNC

### Directas

Meningitis linfomatosa  
Lesiones intracraneales  
Linfoma epidural  
Neurolinfomatosis

### Indirectas

Infecciosas  
Vasculares  
Iatrogénicas  
Paraneoplásicas

# Complicaciones neurológicas del SNP por linfoma

*Kelly & Karcher. Muscle Nerve 31, 2005*

	LNH	EH	NL	LIV
Radiculopatía	+++	-	+	+
Plexopatía	+++	+ (AI)	+	+
Mononeuropatía	++	-	++	+++
Neuropatía periférica	+++	++ (AI)	+++	++
Neuropatía motora	++	+	-	-
SGB/PDIC	+	++	++	-
Neuronopatía sensorial	-	+	-	-