

## LINFOMA PRIMARIO LEPTOMENÍNGEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marina Ortiz Palacios, Raquel Galán Lozano, Beatriz Álvarez Vallejo, Teresa Osuna García, David Martínez Martínez, Irene Jiménez García.

El diagnóstico diferencial de la meningitis linfocitaria es amplio, e incluye el linfoma primario del SNC. Pueden retrasar su diagnóstico su baja prevalencia, el antecedente de corticoterapia, la normalidad de las pruebas de imagen o la baja sensibilidad de la citomorfología convencional. Incidimos en el despistaje activo de esta entidad en presencia de una meningitis linfocitaria. El diagnóstico diferencial de la meningitis linfocitaria es amplio, e incluye el linfoma primario del SNC. Pueden retrasar su diagnóstico su baja prevalencia, el antecedente de corticoterapia, la normalidad de las pruebas de imagen o la baja sensibilidad de la citomorfología convencional. Incidimos en el despistaje activo de esta entidad en presencia de una meningitis linfocitaria.

### RESUMEN DEL CASO

Varón de 5 años con cefalea leve de dos semanas, algún vómito y papiledema bilateral severo. TAC craneal normal, PL con PIC normal y 669 leucocitos/uL, compatible con meningitis linfocitaria. Despistaje de etiología vírica y autoinmune negativos. En angioRM cerebral destaca glándula pineal microquística engrosada (Figura 1).

Se administra corticoterapia a 2 mg/kg/día 6 días, sin respuesta. Se repite PL a los 20 días; PIC 29 cmH<sub>2</sub>O (patológica), bioquímica y citología normales, así como RM cerebroespinal sin cambios. Desarrolla atrofia del nervio óptico, realizando nueva PL con aumento de PIC hasta 36 cmH<sub>2</sub>O y leucocitosis de 678/uL, precisando punciones periódicas evacuadores de LCR.

Dos meses después del inicio del cuadro se repite angioRM cerebral sin cambios. Se incide en el despistaje de patología oncológica. El inmunofenotipo por citometría de flujo del LCR mostró 63% de linfocitos B inmaduros compatibles con linfoblastos y FISH positiva para la translocación TEL/AML 1 (t(12;21)), confirmada por molecular. Aspirado de MO, PET-TAC y TAC toraco-abdomino-pélvico normales. Permanece estable clínica y hemodinámicamente, con cefalea leve muy ocasional. Se inicia tratamiento de linfoma linfoblástico B primario del SNC.

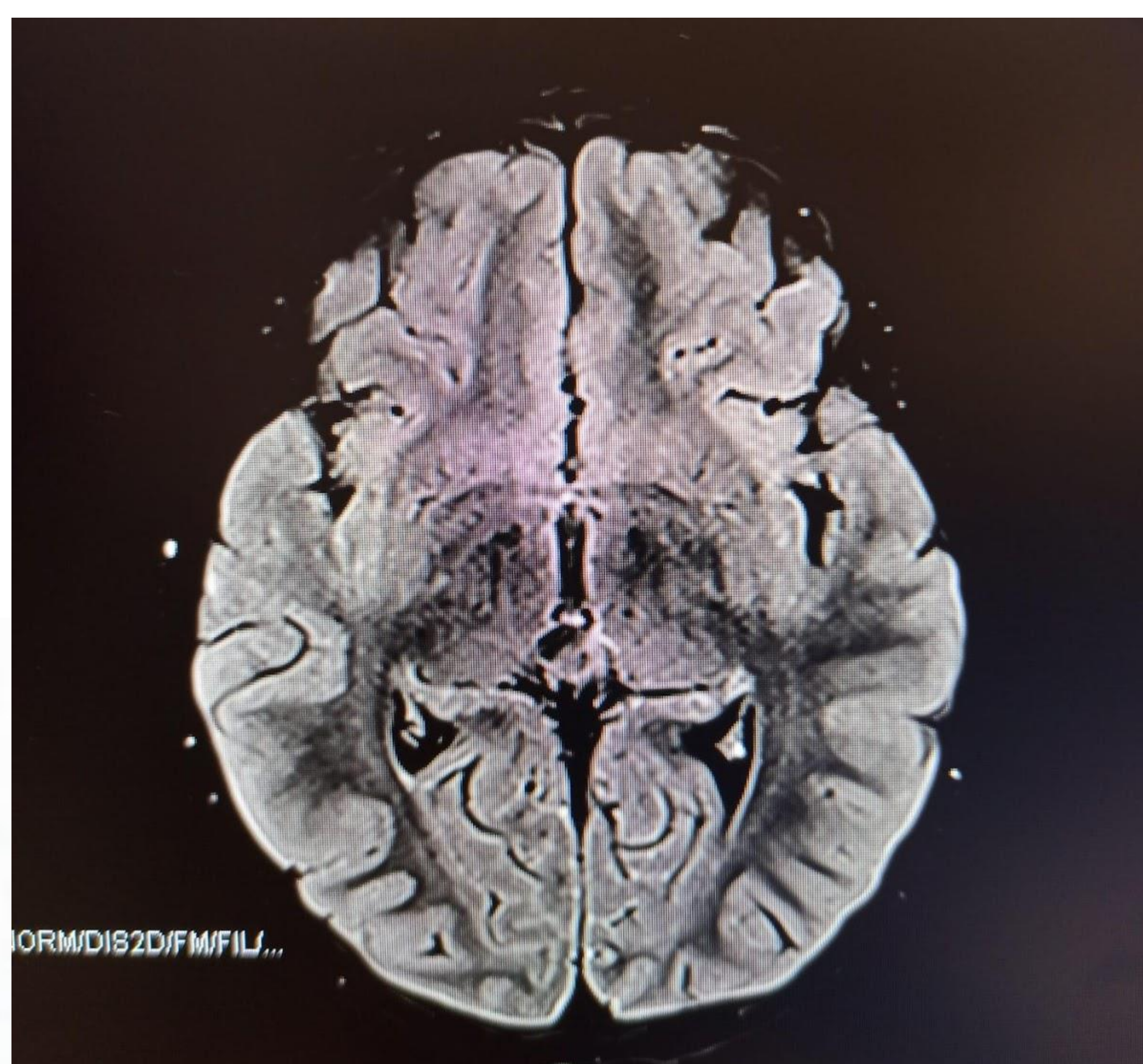


Figura 1. TAC de tórax sin contraste (realizado en julio de 2019).

### CONCLUSIONES

Descartada la etiología más común de la meningitis linfocitaria (microbiana), y si la evolución no es la esperada, debemos realizar despistaje de otras patologías, incluyendo el linfoma primario del SNC, entidad rara. En una serie internacional de 29 casos, la media de edad fue 14 años, con predominio masculino. 3 tenían inmunodeficiencia. La principal forma de presentación fue HTIC. 2 de los 7 pacientes con examen ocular presentaban alteraciones. Se analizó LCR en el 90%, compatible con linfoma en el 31%; 3 de estos con linfoma primario leptomenígeo. La mitad presentaban lesiones cerebrales. El principal subtipo fue el linfoma de células grandes B. El principal factor pronóstico fue la calidad de vida y el tipo e intensidad de tratamiento local. La quimioterapia, reservando la radioterapia para una posible recaída, parece una opción adecuada. Por su rareza y dificultad diagnóstica, puede estar infradiagnosticado. El inmunofenotipo por citometría de flujo en LCR presenta gran rentabilidad diagnóstica, aumentando la fiabilidad si se acompaña de positividad en pruebas citogenéticas o de biología molecular.