

Linfoma con afección neural: un caso clínico.

XAVIER RAURELL, NATALIA MAJÓ, SILVIA SISÓ

Hospital Veterinari Molins. Dpto. Anatomía Patológica. Facultat Veterinària U.A.B

Introducción

El linfoma en el sistema nervioso puede afectar tanto al central como al periférico y la sintomatología puede variar desde un simple dolor radicular hasta convulsiones, tetra o paraplejias. Puede presentarse de forma difusa o bien solitario. La localización más común es la epidural con compresión medular en forma de masa. También puede afectar a estructuras intracraneales o infiltrar meninges y nervios periféricos.

En la mayoría de los casos descritos en perro cursa con signos multifocales de presentación crónica y progresiva. El diagnóstico *ante-mortem* del linfoma con afección neural se basa en la analítica sanguínea, citología de ganglios y/o médula ósea, análisis del L.C.R. y en el diagnóstico por imagen en el caso de linfomas medulares o intracraneales (mielografía, TAC, Resonancia Magnética).

Existen diferentes tipos de clasificaciones del linfoma según localización (multicéntrico, mediastínico, alimentario, extranodal) y según tipo citológico (linfocítico con grados de diferenciación e histiocítico). La forma neurológica suele darse por formas extranodales o por metástasis vía sanguínea del neuropilo.

Se han descrito varios métodos de tratamiento del linfoma neural: quimioterapia sistémica, quimioterapia sistémica asociada a quimioterapia intratecal y radiación en aquellos perros con riesgo de hemia tentorial o cerebelar. Los agentes más usados son el metotrexato y a citosina-arabinósido. Existe un protocolo que usa ciclofosfamida, vincristina, citosina-arabinósido y prednisolona para inducción de remisión durante 8 semanas y clorambucilo y prednisona para el tratamiento (Couto, Cullen, Pedroia y Turrell). En las formas sólidas también podemos usar la cirugía asociada siempre a la quimioterapia.

Caso clínico

Se presentó en nuestro hospital una perra Pastor alemán castrada de 10 años de edad con una paraparesia ambulatoria posterior que progresó a tetraparesia en el curso de una semana. En la exploración física no se observaron anomalías; ganglios, temperatura, auscultación y color de mucosas eran normales. En la exploración neurológica vimos a un animal ligeramente deprimido aunque los pares craneales eran normales, incluida la reacción a la amenaza. Las reacciones posturales estaban muy deprimidas y los reflejos espinales extensores también se encontraban deprimidos en los miembros posteriores y normales en los anteriores. Los reflejos flexores resultaron normales en las cuatro extremidades. Existía reflejo panicular y no había atrofia muscular ni dolor en ninguna de las zonas exploradas.

De acuerdo con la exploración neurológica se sospechó de un proceso multifocal o difuso a nivel del sistema nervioso. En la analítica sanguínea se apreció una anemia no regenerativa de enfermedad crónica y una elevación inespecífica de la ALT y fosfatasa alcalina. El LCR presentaba una ligera turbidez y una pleocitosis severa con un contejo celular de 1.500 cels./mcl, las cuales eran linfocitos en un 100%. Las proteínas estaban aumentadas ya que el test de Pandy fue positivo. Este animal falleció 36 h después de obtener esta analítica.

En la necropsia se observó afectación de ganglios linfáticos retrofaríngeos, submandibulares y renales, del miocardio, vena cava craneal, encéfalo, médula espinal, leptomeninges y nervios raquídeos; en todas estas estructuras se apreciaron áreas infiltradas por células resondas moderadamente pleomórficas con citoplasma escaso y núcleo central y grande, con un índice de mitosis elevado. A nivel del sistema nervioso dicha infiltración tenía las mismas características morfológicas y sobre todo se situaba a nivel perivascular tanto en sustancia blanca como gris y entre los axones de los nervios raquídeos. Estos hallazgos confirmaron el diagnóstico de linfoma.

Discusión

En este caso se consideró un linfoma multicéntrico con metástasis al miocardio, vena cava y sistema nervioso. La neoplasia se origina en los linfonodos y desde allí se disemina a órganos que en origen carecen de células linfoides. La infiltración del neuropilo se explica vía sanguínea ya que en la mayoría de linfomas infiltrativos se encuentran células neoplásicas principalmente en los espacios perivasculares y en plexos coroideos a veces.

Bibliografía

1. Couto CG, Cullen J, Pedroia V, Turrell JM. Central Nervous System Lymphosarcoma in the Dog. *JAVMA*, Vol. 184, nº 7, April 1984.
2. Rosin A. Neurologic Disease associated with Lymphosarcoma in Ten dogs. *JAVMA*, Vol. 181, nº 1, July 1982.
3. Ogilvie GK. Lymphoma. Managing the Veterinary Cancer Patient. Vet. Learning Systems Co, 1995, 1995: 299-300.

