

## Mielitis por radiación

José Francisco Téllez-Zenteno,\* Aldo Torre-Delgadillo,\* Juan Garduño-Espinosa\*\*

Recepción: 08/01/98

aceptación: 01/13/98

### Caso clínico

Se trata de una persona de sexo femenino de 23 años de edad, con enfermedad de Hodgkin de dos años de evolución y cuya manifestación clínica más importante fue la presencia de conglomerados ganglionares en cuello y axila. La paciente fue tratada a base de quimioterapia consistente en vincristina, prednisona y ciclofosfamida, de la que recibió un total de seis ciclos, además de tratamiento con radioterapia en 20 sesiones aplicada a la región cervical y ambas regiones axilares durante cuatro meses posteriores a su diagnóstico. La energía suministrada fue de 1.2 millones de vatios, la dosis fraccionada de 250 cGy y la dosis total acumuló 5 000 cGy.

Un mes después de la administración de la radioterapia, la paciente presentó disfagia a sólidos y líquidos por lo que se realizó endoscopia que reportó estenosis esofágica alta tratada con dilataciones durante los últimos 19 meses. Desde hace dos meses la paciente presentó parestesias en ambos miembros pélvicos, así como disminución de la sensibilidad en miembro pélvico izquierdo y dos semanas después en miembro pélvico derecho, posteriormente manifestó debilidad en extremidades inferiores que fue incapacitante hasta impedir la deambulacion, disminución de la fuerza y sensibilidad en extremidades superiores que provocaron finalmente inmovilidad de las cuatro extremidades, además de pérdida del control de esfínteres.

La resonancia magnética mostró engrosamiento importante de la médula y disminución del espacio subaracnoideo ventral y dorsal en T1, además de observarse hiperbrillantez de los cuerpos vertebrales de C1 a C4 (figura 1). Con medio de contraste (gadolinio) se identificó la presencia de una lesión intramedular con reforzamiento importante desde el bulbo hasta C4 (figura 2).

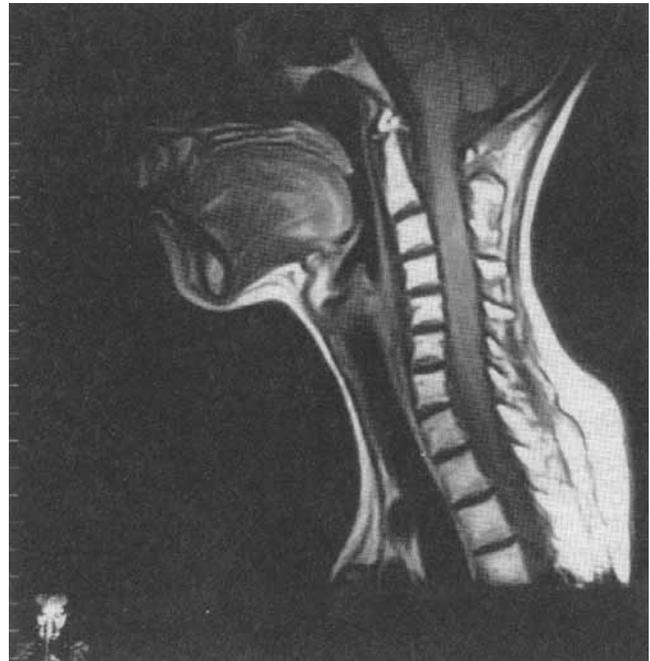


Figura 1. Corte sagital de columna cervical (T1). Destaca el engrosamiento importante de la médula espinal, así como un aumento del espacio subaracnoideo ventral y dorsal.

\*Residente de Medicina Interna. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

\*\*Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Hospitalaria. IMSS, México, D.F.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Juan Garduño Espinosa, Coordinación de Investigación Médica, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Avenida Cuauhtémoc 330. Colonia Doctores, 06725, México, D.F. Fax 761-09-52, E-mail:juang@cim.spin.com.mx

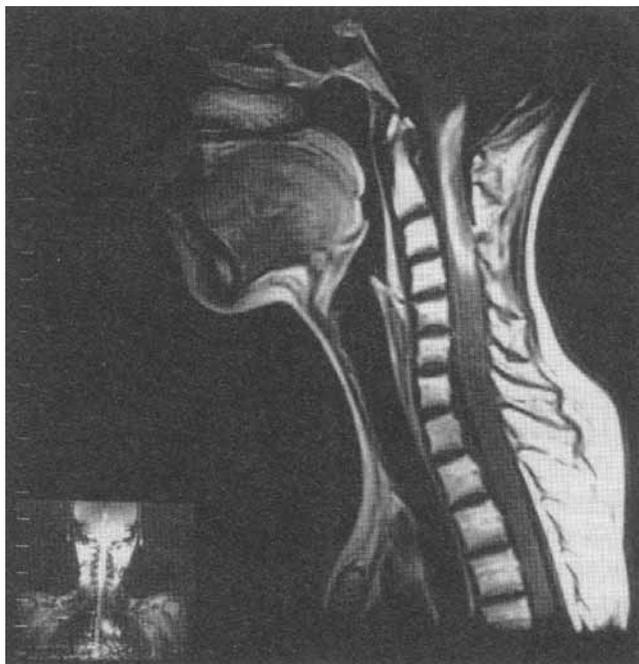


Figura 2. Con la administración de medio contraste (gadolinio) se observa una lesión hipercaptante que se extiende desde el bulbo hasta el nivel de C4.

El cuadro clínico y los estudios de imagen en esta paciente orientan al diagnóstico de daño medular por radiación. Este tipo de alteración se presenta después de la administración de radioterapia y tiene una frecuencia de 10 a 15 % cuando se aplica radioterapia en región cervical y axilar, a dosis de 5 000 cGy o más.<sup>1,2</sup> La mielopatía por radiación se divide en aguda, temprana y tardía. En el caso de la paciente se trata de una mielopatía tardía del tipo de la mielopatía progresiva, esta es

la presentación más común y aparece entre los 12 y 15 meses después de la radioterapia, progresa durante semanas a la cuadriparesia y tiene una progresión subaguda de los síntomas. Clínicamente se presenta con parestesias y debilidad de extremidades, característicamente el daño es ascendente hasta llegar al nivel donde se aplicó la radioterapia.<sup>3</sup> El pronóstico es malo y el daño irreversible. El diagnóstico se corrobora por imagen con resonancia magnética, en la que se observa engrosamiento medular, lesiones hiperintensas en T2, así como lesiones hipercaptantes durante la administración de gadolinio.<sup>4</sup>

Un diagnóstico diferencial importante es con la presencia de infiltración por la enfermedad de Hodgkin, sin embargo, esta condición es poco probable en la paciente ya que la punción lumbar fue negativa para infiltración, no hubo otros datos clínicos y de laboratorio que apoyaran actividad de la enfermedad de base y es poco común que la infiltración por linfoma ocurra en médula ya que generalmente afecta en forma inicial el espacio subaracnoideo.

## Referencias

1. **Dropcho EJ.** Central nervous system injury by therapeutic irradiation. *Neurol Clin* 1991;9:969-988.
2. **Casciato DA, Lowitz BB.** Radiation therapy. In: Casciato DA, Lowitz BB, editors. *Manual of Clinical Oncology*. 3<sup>th</sup> ed. Boston: Little, Brown and Co., 1995. pp. 27-32.
3. **Posner J.** *Neurologic Complications of Cancer*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1995.
4. **Lutma M, Piazza P.** A case of radiation-induced chronic progressive myelopathy: its magnetic resonance imaging. *Radiol Med Torino* 1994;88:306-309.