

# NEUROTOXICIDAD TRAS LA ADMINISTRACIÓN INTRATECAL DE CITARABINA LIPOSOMAL

Miguel Quesada López, Ainara Sanz-Monllor, Tatiana Espinosa Oltra, José Manuel Sánchez Villalobos, Inmaculada Díaz Jiménez, David Vidal Mena, Ana Belén Martínez García, Antonio David Torres Alcázar, Irene Villegas Martínez, María López López, Ana Torres Perales, Juan José Soria Torrecillas, Miriam Dudekova, Carmen María Granés Sánchez, José Antonio Pérez Vicente.  
Servicio de Neurología. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.



## OBJETIVOS

Describir un efecto secundario poco frecuente tras la terapia intratecal (TIT) con citarabina liposomal (CL).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer, 71 años.

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, exfumadora, síndrome ansioso depresivo, carcinoma ductal infiltrante de mama derecha en 2004 tratado con cirugía conservadora, quimioterapia (ciclofosfamida x 6 ciclos), radioterapia adyuvante y hormonoterapia (anastrozol por 5 años). Última revisión en marzo 2016 normal.

Enfermedad actual: diagnosticada en junio 2016 de linfoma no Hodgkin difuso de células grandes tipo B con infiltración del sistema nervioso central (estadío IV-B). Recibió seis ciclos de quimioterapia R-CHOP y 6 ciclos de TIT con CL, con LCR limpio por citometría de flujo tras segundo ciclo de TIT. Tres meses tras última administración de TIT con CL, comienza de forma progresiva con hormigueo ascendente en pierna derecha, posteriormente en pierna izquierda y genitales, incontinencia urinaria y estreñimiento precisando medidas físicas.

Exploración general: TA 123/64. Normal sin adenopatías periféricas palpables. Exploración neurológica: hipoestesia tactoalgésica, térmica y vibratoria hasta raíz de ambas piernas con Romberg y Tándem imposible, hipoestesia táctil en región S4-S5 bilateral, hipotonía del esfínter anal y arreflexia aquilea y patelar, resto de la exploración normal.

## DIAGNÓSTICO

Síndrome de cola de caballo/cono medular incompleto como probable efecto adverso de citarabina liposomal.  
Polineuropatía axonal sensitiva crónica inducida por quimioterapia.

## CONCLUSIONES

El síndrome de cola de caballo/cono medular es un efecto adverso poco frecuente, no siempre reversible, del tratamiento con citarabina liposomal intratecal, que debe ser reconocido lo antes posible por su gran discapacidad asociada, siendo necesario un seguimiento estrecho de estos pacientes a largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

Marc C. Chamberlain. Neurotoxicity of intra-CSF liposomal cytarabine (DepoCyt) administered for the treatment of leptomeningeal metastases: a retrospective case series. J Neurooncol (2012) 109:143–148.  
García Marco. JA et al. Efficacy and safety of liposomal cytarabine in lymphoma patients with central nervous system involvement from lymphoma. Cancer (2009);115(9):1892-8.  
Ostermann K. et al. Neurologic complications after intrathecal liposomal cytarabine in combination with systemic polychemotherapy in primary CNS lymphoma. J Neurooncol (2011) 103:635–640.

## RESULTADOS

RMN neuroeje con contraste 02/2017: leucoaraiosis Fazekas grado 2 sin realce meníngeo cerebral ni medular que sugiera carcinomatosis. Espondiloartrosis lumbar sin estenosis significativa.



Fig. 1: RMN lumbar T2.

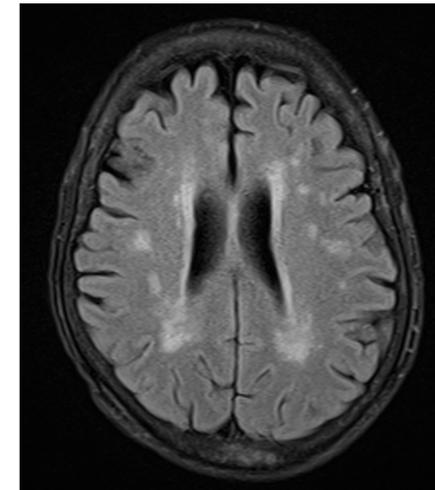


Fig. 2: RMN cerebral FLAIR.

Citobioquímica de LCR 02/2017: proteínas 58.3 mg/dl, leucocitos 1, glucosa 63 mg/dl, eritrocitos 10/mm<sup>3</sup>, lactato 2.1 (V.N. 1.1- 3.3) con citometría de flujo que descarta infiltración. Cultivo Gram negativo.

Electromiograma 02/2017: polineuropatía axonal sensitiva distal de evolución crónica. Radiculopatía L4 derecha crónica.

Analítica general 02/2017: bioquímica básica, función renal, perfil hepático, Hba1c, proteinograma, B12, ácido fólico y hormonas tiroideas normales. Hemograma: Hb 11,2, Hto 33%, VCM 92, leucocitos 5.08x10<sup>9</sup> con fórmula normal, plaquetas 124000. VSG 54. Serología negativa para VIH, hepatitis B, C, lúes, VHS 1,2, CMV, borrelia y brucela.

PET-TAC 02/2017: incremento metabólico en las innumerables adenopatías supra e infradiafragmáticas que sugiere tejido tumoral viable.

Biopsia ganglionar: progresión linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B.