Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2286

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1033 - DIPLOPÍA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN CÁNCER DE PULMÓN

A. Mayorga Criado[a], J. Martín García[b] y A. Bellvert Ríos[a]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Llefià. Badalona. Barcelona.
[b]Médico de Familia. Centro de Salud Llefià. Badalona. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 73 años, exfumador, sin antecedentes de interés que consulta por diplopía. Refiere cefalea subaguda previa con dolor sordo retroocular derecho resistente al tratamiento analgésico habitual. No síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias: Estado general conservado. NRL: Consciente y orientado. Paresia VI PC y IV derecho. Nistagmo inagotable horizontal ojo izquierdo. No otra focalidad neurológica. Resto exploración física sin alteraciones. Se deriva a hospital para valoración y pruebas de imagen. TAC craneal: lesión lítica en margen derecho del clivus y ápex petroso ipsilateral de 20 × 20 × 19 mm que plantea diagnóstico diferencial con cordoma, plasmocitoma o lesión metastásica. RM craneal: Lesión lítica con componente de partes blandas que afecta a clivus y ápex petroso derecho compatible con cordoma como primera opción diagnóstica, invasión intracraneal por cisterna prepontina y probable afectación VI PC a este nivel por infiltración parcial del seno cavernoso en contacto con ACI derecha. Ante estos hallazgos se realizaron las siguientes exploraciones que fueron diagnosticas: TAC toraco-abdominal: Probable neoplasia primaria pulmonar en LSD (2 focos) + adenopatías mediastínicas patológicas + M1 óseas generalizadas. Gammagrafía ósea: imágenes de hipercaptación patológica en calota, esqueleto axial y apendicular, atribuibles a diseminación ósea por M1. EBUS: Estenosis con mucosa lisa a la entrada de bronquio apical LSD y colapso parcial de los 2 bronquios subsegmentarios. Lesión hipoecogénica que rodea completamente el bronquio. AP: compatible con carcinoma no célula pequeña.

Juicio clínico: La cefalea subaguda y diplopía oriento a una LOE intracraneal, por las características y localización de la lesión craneal el cordoma era la primera opción, el resto de exploraciones dieron el diagnóstico definitivo: carcinoma pulmonar no célula pequeña estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Incluyo cordoma, plasmocitoma y lesión metastásica.

Comentario final: Las metástasis cerebrales están presentes en el cáncer de pulmón en el 20-30% de los casos en el momento del diagnóstico, se manifiestan con síntomas variados como cefalea, vómitos, alteración del campo visual, crisis convulsivas y alteración de pares craneales.

Bibliografía

1. Navarro Expósito F, López González JL, Castillo C, et al. Medicine. 2017;12:1811-24.
2. Gómez-Utrero E, Navarro Expósito F, López González JL, et al. Medicine. 2017;12:1849-61.

Palabras clave: Diplopía. Cáncer pulmón. Metástasis SNC.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.