



112 - PARÁLISIS AISLADA DEL NERVIPO HIPOGLOSO COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE METÁSTASIS DE CLIVUS EN PACIENTE CON CÁNCER DE TIROIDES

A. Mendía Madina¹, I. Venegas Nebreda¹, A. Amilibia Achucarro¹, S. Larrabeiti Martínez¹, N. Díaz Melero¹, N. Egaña Zunzunegui¹, I. Cillero Etxebeste², C. García Delgado¹ y A. Yoldi Arrieta¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Donostia. ²Medicina Nuclear, Onkologikoa, Donostia.

Resumen

Introducción: La parálisis aislada del nervio hipogloso es una condición muy rara y todo un desafío diagnóstico. En la literatura se han descrito las metástasis de base de cráneo procedentes de distintos tumores como una de sus posibles causas, pero no se ha encontrado ninguna de cáncer de tiroides.

Caso clínico: Mujer de 60 años con AP de carcinoma folicular de tiroides con metástasis pulmonares y óseas, tratada mediante tiroidectomía total y varias sesiones de radioyodo (580 mCi acumulados) con escasa respuesta bioquímica y estructural. Acude a Urgencias por sensación de pesadez lingual y dificultad para el habla, destacando a la exploración física una paresia de la hemilengua izquierda compatible con afección del nervio hipogloso izquierdo (XII par craneal). Se realiza un TC craneal sin contraste que descarta patología intracraneal aguda y se decide completar estudio con RMN del trayecto del nervio hipogloso desde su origen en troncoencéfalo hasta la región cervical, donde se halla una lesión sospechosa de metástasis de 3,7 cm en clivus que engloba el canal del nervio hipogloso izquierdo. En la última analítica la paciente había presentado una elevación importante de tiroglobulina y se encontraba en espera de nuevo tratamiento con I131. Tras el resultado de la RMN se revisaron las imágenes gammagráficas del último rastreo y se identificó un área hipercaptante compatible con la lesión hallada en la RMN, que no se había identificado antes por su localización superpuesta a las glándulas salivares, también hipercaptantes. Finalmente, se decidió mantener tratamiento con radioyodo como lo previsto, previa cobertura corticoidea con dexametasona, que concluyó sin incidencias.

Discusión: Ante la aparición de una parálisis aislada de nervio hipogloso siempre se debe descartar una lesión neoplásica como posible causa a pesar de su rareza. La RMN es la prueba de elección para la valoración de todo el trayecto del nervio hipogloso y detección de posibles lesiones neoplásicas.