



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1903 - Lo que la verdad esconde

S. Abella Ordas^a, S. Ondicol Rodríguez^b, A. Ovalle Álvarez^c, A. Adlbi Sibai^d, A. Schneider Núñez^e, I. de Giacomi Coronell^f, N.I. Contreras Mercado^g, S.R. Anselmi González^d, A. Olasagasti Onaindia^f y M.A. Muñoa Moratinos^h

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. ^cResidente 2 año Enfermero de Medicina Familiar. Centro de Salud José Aguado. León. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. ^gMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ^hMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años que acude por astenia, pérdida de peso y dorsalgia de cuatro semanas de evolución. Es fumadora 15-20 cigarrillos/día desde hace 35 años. Se decide hacer analítica, pautando analgesia y control en una semana en consulta. En la segunda consulta nos refiere empeoramiento de la dorsalgia y cambios de humor y episodios de confusión bruscos.

Exploración y pruebas complementarias: TA 150/80, afebril. Consciente, bradipsíquica, lenguaje normal con nominación conservada, responde órdenes, confunde derecha/izquierda, campo visual y confrontación normales, pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservadas. No alteración de equilibrio. No meningismo. Molestia a la palpación de algunas vertebras dorsales, flexoextensión del tronco no dolorosa, no signos de radiculopatía. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Se realiza analítica completa destacando hiponatremia (Na 122) con hemograma normal. Rx de columna dorsal de mala calidad y Rx tórax y ECG sin alteraciones. Se deriva a urgencias hospitalarias donde realizan TAC cerebral y una punción lumbar normales. Ingreso en neurología por síndrome confusional a estudio. Durante el ingreso, sufre deterioro neurológico importante con desorientación pronunciada, confusión y dos crisis convulsivas. La RM cerebral y la serología fueron normales. El EEG se mostró alterado como ondas agudas en áreas frontoparietotemporales izquierdas. Una RM de la columna dorsal y lumbar muestra lesiones sugestivas de metástasis en cuerpos vertebrales. Otra Rx tórax que resulta de mejor calidad, muestra posible masa en segmento apical de LII. El servicio de neumología solicita TAC toracoabdominopelvico donde objetivan adenopatías mediastínicas bilaterales, infiltrados bibasales y nódulos suprarrenales bilaterales. El diagnóstico es dado por la broncoscopia que objetiva una neoplasia broncogénica en segmento apical del LII que se biopsia, resultando carcinoma microcítico de pulmón. La gammagrafía ósea informa de lesiones hipercaptantes compatibles con metástasis óseas. La paciente presentó mejoría neurológica evolutiva progresiva en respuesta al tratamiento inmunosupresor.

Juicio clínico: 1. Encefalitis límbica paraneoplásica. 2. Carcinoma microcítico de pulmón. 3. SIADH con hiponatremia grave. 4. Metástasis óseas.

Diagnóstico diferencial: Encefalitis de origen infeccioso. Procesos expansivos cerebrales.

Comentario final: La encefalitis límbica (EL) descrita en 1960 puede ser paraneoplásica, secundaria a infección herpética e idiopática. La paraneoplásica ocurre en el 0,01% de los pacientes con cáncer, por carcinoma microcítico de pulmón mayoritariamente. Se manifiesta como confusión, cambios en el estado de ánimo, alucinaciones visuales, deterioro de la memoria a corto plazo, y crisis convulsivas bruscas. La RM craneal está alterada en algunos casos, si resulta normal, el PET podría ser útil. La EL paraneoplásica es un cuadro poco conocido y suele pasar desapercibido. Debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial de cuadros confusionales subagudos. El tratamiento debe ser temprano mediante inmunosupresores y tratamiento específico del tumor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schiavone A, Klüver M, Fazzino M Boero A, Vázquez T. Encefalitis límbica paraneoplásica y cáncer de pulmón. A propósito de un caso clínico. Biomedicina. 2013;8(2):36-9.
2. Ramos M, Rojas G, Acuña R, et al. Encefalitis límbica paraneoplásica: una entidad de difícil diagnóstico. Revista de Neurología. 2009;48(6):311-6.