



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/5024 - ¿QUÉ HAY DETRÁS DE UN SÍNCOPE?

I. Jara Calabuig^a, L. Olcina Tendero^b, M. Llopis Cuquerell^c, C. Pérez Ortiz^b, F. Sanz García-Donato^b y A. Lorente Canoves^d

^aMédico de Familia. Alcoy. Alicante. ^bMédico adjunto Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Salud de Alcoy. Alicante.

^cMédico Residente de 5º año Oncología Médica. Hospital General de Elche. Alicante. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Salud de Alcoy. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 42 años. Fumador de 24 años/paquete. Sin antecedentes patológicos ni medicación actual. Acude a nuestra consulta por presentar cuadro de síncope, sin claros síntomas prodrómicos, de unos segundos de duración con recuperación completa. No relajación de esfínteres, movimientos anormales, dolor torácico o palpitaciones. No disnea, sudoración o cefalea. Afebril. Niega contusión craneal. Refiere que ha presentado varios episodios de características similares en los últimos 4 meses. Valorado por cardiología descartándose síncope de origen cardíaco, siendo la primera opción de etiología vasovagal. Además, en las últimas semanas explica parestesias en el miembro inferior izquierdo con dificultad progresiva para caminar, asociado a náuseas y vómitos y pérdida ponderal no cuantificada.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, discreta palidez. Normohidratado. Glasgow 15. Eupneico en reposo. Presión arterial 105/55 mmHg. Frecuencia cardíaca 75 lpm. Saturación O₂ 98%. En la exploración neurológica destaca claudicación de miembro inferior izquierdo con disminución de fuerza (3/5) en dicha extremidad y marcha con claudicación de pierna izquierda. Auscultación cardiorespiratoria sin alteraciones. Se palpan adenopatías supraclaviculares derechas. Electrocardiograma y analítica sin hallazgos. Remitimos para realización de TAC cerebral donde se hallan múltiples lesiones cerebrales y cerebelosas compatibles con metástasis que producen compresión del sistema ventricular y herniación subfalciana leve. Se procede a ingreso para estudio de extensión donde se observan adenopatías mediastínicas y cervicales, en relación con carcinoma microcítico de pulmón. Se realiza biopsia de adenopatía siendo compatible con adenocarcinoma. Pendiente broncoscopia para confirmar histología.

Juicio clínico: Carcinoma de pulmón metastásico.

Diagnóstico diferencial: Lesiones ocupantes de espacio cerebrales: carcinoma pulmonar, renal, mama, colorrectal o melanoma.

Comentario final: Las metástasis cerebrales ocupan el 20-30% de las neoplasias craneales, siendo los tumores originarios más frecuentes pulmón, renal, melanoma, mama y colorrectal. La severidad de los síntomas depende del tamaño, número y localización de las lesiones. Generalmente es progresiva, aunque puede aparecer de forma aguda con crisis comiciales o a consecuencia de sangrado tumoral. El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres y hombres. Pendiente de filiar histología pulmonar, el paciente recibe tratamiento sintomático con corticoides a dosis altas con lo que se mantiene estable.

Bibliografía

1. Novello S, Barseli F, Califeno R, et al. Metastatic Non Small Cell Lung Cancer ESMO clinical practice guidelines. Ann Oncol. 2016;24 suppl5 :V1-V27.
2. Früh M, De Ruysscher D, Papat S, et al. Small Cell Lung Cancer. ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis treatment and follow-up.

Palabras clave: Síncope. Parestesias. Metástasis.