

424/303 - CÁNCER DE CÉRVIX PELIGROSAMENTE SILENCIOSO

M. Bastías Villar¹, B. Tiessler Martínez¹ y C. Malagón Mostazo²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 48 años AP: fumadora, HTA, migraña sin aura, discopatía lumbar L5-S1. Acude a consulta por cuadro de 3 días de evolución de parestesias faciales derechas y miembros derechos, sensación de torpeza y disminución de fuerza en mano derecha al realizar maniobra de pinza. También sensación de mareo e inestabilidad junto con cefalea de 3 semanas de evolución. Pendiente de estudio por Ginecología por metrorragias intermitentes de hace 2 meses. No pérdida ponderal ni cuadro constitucional, no otra sintomatología. Paciente incluida en el cribado de cáncer de cérvix, última determinación de VPH hace 4 años y 3 meses con resultado negativo.

Exploración y pruebas complementarias: TA 182/9 mmHg. FC 79 lpm. Eupneica en reposo. Buen estado general. Coloración normal de piel y mucosas. Bien hidratada y perfundida. ACR: Anodina. Abdomen anodino. MMSS: signo de Tinel, Durkan y Phalen negativos. MMII: no edemas ni signos de TVP. Test Dix-Hallpike negativo. Exploración neurológica: consciente y orientada en las tres esferas. Lenguaje sin alteraciones. PICNR. No nistagmo. Leve borramiento de surco nasogeniano derecho sin borramiento de surcos frontales. Hipoestesia facial derecha y miembros derechos. Leve dismetría mano-nariz. Romberg con ligera inestabilidad con tendencia hacia la derecha. No adenopatías axilares, cervicales ni supraclaviculares. AS: anodina. TAC de cráneo: se observan varias lesiones focales localizadas en hemiprotuberancia izquierda con halo hiperdenso y centro hipodenso sugerentes de lesiones metastásicas. Se ingresa en el servicio de M.I para completar estudio: Rx de tórax: 2 imágenes redondeadas nodulares parahilar izquierdo y basal izquierdo, compatibles con metástasis pulmonares. RMN cervical: anodina. TAC abdominopélvico: masa en cérvix compatible con carcinoma T2b N1. Masa sólida en cortical de riñón compatible con neoplasia renal. Citología y biopsia de cérvix: carcinoma epidermoide de cérvix. Biopsia de masa renal: carcinoma renal de probable origen cervical uterino.

Orientación diagnóstica: Carcinoma de cérvix epidermoide con metástasis cerebrales múltiples, pulmonares y renal.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de túnel del carpo y otros síndromes de atrapamiento nervioso periférico. Mielopatía cervical. Radiculopatía secundaria a cervicoartrosis. Síndrome vertiginoso. Esclerosis múltiple. Migraña.

Comentario final: La importancia de no subestimar una clínica neurológica subjetiva como son las parestesias en una mujer joven a priori sana. Fundamental la realización de una exploración física exhaustiva y neurológica completa para descartar otras patologías compatibles con esta sintomatología.

Bibliografía

1. Frumovitz MD. Invasive cervical cancer. In: DiSaia PJ, Creasman WT, eds. Clinical Gynecologic Oncology, 7th ed., Mosby Elsevier, Philadelphia 2007; p. 55.
2. Cagney DN, Martin AM, Catalano PJ, et al. Incidence and prognosis of patients with brain metastases at diagnosis of systemic malignancy: a population-based study. Neuro Oncol. 2017;19:1511.

Palabras clave: Cervix. Carcinoma. Metástasis cerebral.