



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/94 - DÉFICIT SENSORIAL COMO ÚNICO SIGNO DE NEOPLASIA PULMONAR

J. Alcaraz Boronat^a, A. Carpetano Elul^b, R. Valero Valero^c, S. Pérez Bernal^d, J. Pellicer Moreno^e y F. Martínez Egea^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alicante. ^bMédico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alicante. ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Fábrica. Alicante. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Alicante. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años, ex-fumadora desde hace 4 años de 40 paquetes/año, valorada por bronquitis en 2012 con espirometría normal. Cefalea crónica diaria valorada en diferentes ocasiones por neurología, en tratamiento con zonegran, fluoxetina y metamizol. La paciente intenta la retirada paulatina de fármacos por mejoría general de la cefalea hace 4 meses, en el momento de la consulta toma metamizol de forma esporádica. Acude por cuadro de hipoestesia en mano y antebrazo derecho de un mes de evolución, con déficit motor leve, subjetivo, junto con empeoramiento de la cefalea habitual (metamizol cada 8 horas), sin otra clínica acompañante. No presenta clínica respiratoria en el momento agudo, y no constan contactos con clínica respiratoria en el último año. Se deriva a la paciente a las consultas externas de neurología para completar estudio. A las 2 semanas, acude de nuevo presentando discreta espasticidad mano derecha y fasciculaciones en párpado derecho por lo que se deriva al servicio de urgencias hospitalario

Exploración y pruebas complementarias: Dudosa claudicación 4/5 MSD. Hipoestesia en MSD. Resto anodino. TAC cerebral, 2 lesiones parenquimatosas, una frontal izquierda y otra protuberancia-cerebelosa). Rx tórax: masa pulmonar en segmento pulmonar apicoposterior de LSI. En localización más periférica se identifica otra imagen que podría estar en continuidad o tratarse de otra imagen satélite

Juicio clínico: Neoplasia pulmonar + LOES cerebrales.

Diagnóstico diferencial: Migraña acompañada de crisis parciales, esclerosis múltiple, ELA, tumoración cerebral.

Comentario final: La paciente presenta cefalea de largo tiempo de evolución, con discreta mejoría unos meses antes de iniciar retirada de fármacos. El déficit sensorial se inicia tras unos meses de haber retirado el tratamiento para la cefalea. De forma conjunta a la aparición de la hipoestesia se inicia cefalea de características similares a la habitual pero de grado leve. No constan pruebas de imagen debido a que la paciente, tras ser estudiada por Neurología en varias ocasiones, la última hacia 2 años, había mejorado la clínica de cefalea, motivo por el cual había decidido disminuir la mediación analgésica. No constan exploraciones complementarias del sistema respiratorio, porque tras el contacto con Neumología en 2012, y la retirada del tabaco, la paciente no presentaba de forma habitual clínica respiratoria. El papel desde atención primaria, será en el momento en que la paciente lo requiera, seguimiento y acompañamiento de los síntomas, ayudando a mejorar la calidad de vida dando la opción de un control más directo al tenorios más accesibles. Ni clínica respiratoria. Llama la atención la forma de presentación en forma de pérdida hemisensorial focal, (

10% de los signos clínicos de las MX debutan así).

Bibliografía

1. Guía migraña. Fisterra, 1990.
2. Guía esclerosis múltiple. Fisterra, 1990.
3. Luján M. Diagnostic evaluation and basic management of brain metastases. Grupo de Oncología clínica, Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá.