



CARTA CLÍNICA

Cuando lo frecuente deja de ser banal



When the common stops being trite

El caso clínico que se presenta a continuación tiene especial interés a nivel de Atención Primaria por ser considerado una forma de presentación atípica de una enfermedad grave que, inicialmente, puede ser considerada una banalidad, y pasar desapercibida en una primera valoración, dificultando el diagnóstico precoz, y que, finalmente, conlleva una gran repercusión vital, personal y familiar para la paciente.

Se trata de una mujer de 60 años, sin alergias conocidas y fumadora de 30 paquetes/año, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y lumbalgia crónica desde hace 6 años, a la que se le realiza una resonancia magnética nuclear en la que se evidenciaron cambios degenerativos a nivel de D11-L4, aplastamientos vertebrales y fractura vertebral no traumática secundaria a osteoporosis (una densitometría ósea confirmó el diagnóstico). Estaba en tratamiento con bromuro de ipratropio 2 inhalaciones cada 8 h, enalapril 20 mg/24 h, fluoxetina 20 mg/24 h, omeprazol 20 mg/24 h y parches de fentanilo 50 mcg/72 h.

El motivo de consulta es la presencia de un nódulo doloroso a nivel de cuero cabelludo de un mes de evolución. En la exploración se palpa un nódulo en la región parietal izquierda de consistencia dura, doloroso, no desplazable, de 2 × 2 cm, sin signos inflamatorios locales y sin focalidad en la exploración neurológica. El médico de cabecera decide inicialmente observación y tratamiento antiinflamatorio con visita de control.

Al cabo de unos 15 días persiste la misma clínica y exploración. Con base en la persistencia del dolor, se inicia el estudio con una radiografía craneal, en la cual observamos asimetría ósea, con neumatización a nivel del hueso parietal izquierdo (fig. 1). Desde la consulta de Atención Primaria se solicita tomografía axial computarizada (TAC) craneal preferente, donde se observa la presencia de una lesión osteolítica en la calota craneal parietal izquierda con componente de partes blandas extracraneal y epidural. Ante estos hallazgos, el propio radiólogo que informó la prueba solicita una resonancia magnética (fig. 2) y visita al Servicio de Neurocirugía para valoración.

Al mes y medio de haber iniciado el proceso se realizó la exéresis de la lesión y en la anatomía patológica se diagnóstica de carcinoma neuroendocrino metastásico. En el estudio etiológico y de extensión mediante TAC toracoabdominal se detecta una masa en el lóbulo superior derecho sospechosa de neoplasia de pulmón, metástasis hepáticas y en glándula suprarrenal derecha, múltiples adenopatías y aplastamientos vertebrales torácicos y lumbares. Desde el Servicio de Oncología Médica se inicia tratamiento quimioterápico paliativo y se solicita gammagrafía ósea, donde se informa de varios puntos óseos captantes compatibles con metástasis y presencia de captación vertebral irregular, especialmente en el sector dorsal, que no descarta completamente la infiltración ósea a este nivel. La paciente, en seguimiento por el Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte, falleció a los 4 meses de iniciarse el estudio, sin poder realizar la fibrobroncoscopia que tenía



Figura 1 Radiografía craneal. Asimetría ósea a nivel parietal izquierdo.

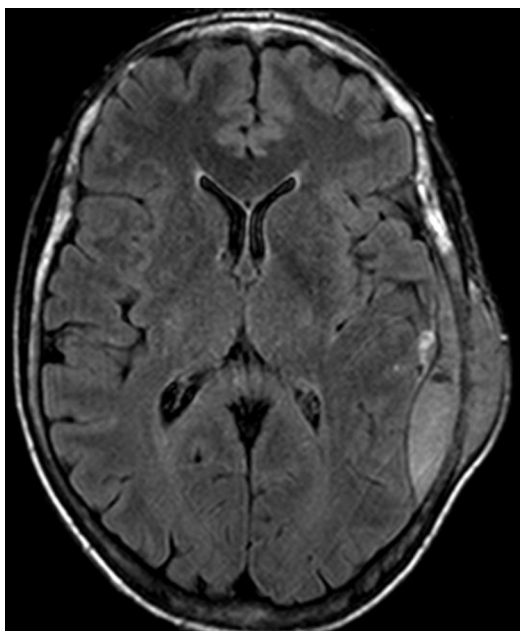


Figura 2 Resonancia magnética nuclear. Lesión expansiva en la región parietal izquierda de la calota craneal, con componente extracraneal e intracraneal extraaxial.

pendiente para valorar si el nódulo pulmonar era el tumor primario, como se sospechaba.

Como se comenta al inicio de este artículo, todo este proceso se genera a partir de un nódulo duro y doloroso a la palpación a nivel del cuero cabelludo, que persiste en el tiempo.

Como orientación diagnóstica inicial podríamos plantearnos una adenopatía inflamatoria o bien un quiste dermoide, pero debido a que no presenta modificación con el tiempo ni con el tratamiento antiinflamatorio, se decide realizar un estudio más detenido.

En la comprobación bibliográfica solo hemos encontrado un artículo de revisión que hace referencia a las metástasis en la calota craneal. En él, se describen 5 casos, y en 3 de ellos, el motivo de consulta era una lesión dura y dolorosa en el cuero cabelludo, pero asociaban cefalea¹, a diferencia de nuestro caso, donde el nódulo doloroso era la primera y única manifestación clínica.

Las metástasis son la causa más frecuente de tumores óseos, siendo el carcinoma de mama y el de pulmón los tumores primarios más frecuentes hasta en el 60% de los casos, por la alta prevalencia de ambos en la población general². En la mayoría de las ocasiones son secundarias a diseminación hematógena. La expresión clínica suele ser cefalea y lesión palpable local o, en ocasiones, un hallazgo casual^{3,4}. En el diagnóstico diferencial deben incluirse, aparte de los carcinomas (mama y pulmón), el mieloma múltiple y el linfoma no Hodgkin⁵. También el sarcoma de Ewing y el neuroblastoma, aunque estos 2 últimos suelen diagnosticarse en niños y no formarían parte del diagnóstico diferencial real de este caso.

Se aconseja, en el estudio inicial, realizar una radiografía craneal y continuar, según los hallazgos, con una analítica

sanguínea donde se incluya el proteinograma con estudio de la proteína de Bence-Jones en orina⁴, y una TAC craneal para delimitar la lesión y conocer sus características⁶.

Según los resultados, se continúa con una resonancia magnética craneal para valorar el grado de infiltración, y si se desconoce el tumor primario, realizar estudio de extensión con cribado corporal. Debemos valorar la cirugía en casos seleccionados: 1) si desconocemos el tumor primario; 2) si hay crecimiento rápido de la lesión con quimio y radorresistencia del primario, y 3) si hay metástasis de calota solitaria, como única lesión de secundarismo, con posibilidad de resección en bloque⁷. En nuestro caso se cumplían los criterios 1 y 3.

Diversos estudios reflejan que las metástasis aparecen en un 10-40%, en estadios avanzados⁸. La edad de diagnóstico suele ser alrededor de la sexta década, con predominio en el género masculino (1,6:1).

Una vez diagnosticadas las metástasis, la supervivencia no es superior al año de vida, aunque gracias a las novedades en el diagnóstico y tratamiento se está incrementando la supervivencia, y en muchos casos el tumor primario es la causa de la muerte, y no la complicación metastásica⁹.

Con base en lo expuesto en este caso, debemos tomar conciencia de que, ante un nódulo doloroso en el cuero cabelludo, aunque el diagnóstico más frecuente en consulta es el de quiste dermoide inflamado y/o infectado, si la consistencia es dura y persiste el dolor, merece un estudio más específico¹⁰.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. RyC. Doctora, tengo un bulto en la cabeza [consultado 12 Dic 2014]. Disponible en: www.svneurologia.org/reunion/reunion2008; Sección Casos clínicos en Neuroimagen
2. Fewel ME, Gerbaski SS. Skull tumors. En: Winn HR, editor. *Youmans Neurological Surgery*. Pennsylvania: Saunders; 2004. p. 1383-408.
3. Jansen BP, Sillevs Smitt PE. Skull and dural metastases. En: Schiff D, Wen PY, editores. *Cancer neurology in clinical practice*. New Jersey: Humana Press; 2003. p. 87-92.
4. Funes T, González Abbati S, Zaninovich R, Fernández M, Stella O. Metástasis en calota. *Rev Argent Neurocir*. 2010;24:144-6.
5. Castro D, Prieto A, Serramito R, Santin JM, Reyes RM, Allut AG, et al. Linfoma primario de la calota craneal. *Rev Neurol*. 2011;53:735-8.
6. Bautista C, Mata A, Ruiz A. Carcinoma epidermoide cutáneo con destrucción de calota craneal y exposición cerebral. *Rev Clin Esp*. 2015;215:e22.

7. Rodas RA, Greenberg HS. Dural, calvarial and skull base metastases. En: Guerrero A, Piasecki M, editores. *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier; 1997. p. 123–34.
 8. Comes E, Ramis MA, Centelles M, Grive E. Metástasis cerebrales. 2010;140-6. Disponible en: www.annalsdel.sagrator.org
 9. Ortiz L. Metástasis cerebral. Asociación Colombiana de Neurología; 2004. N.º 13.
 10. Hodelin R, Suarez V, Dominguez R, Rodriguez M. Quiste dermoide de la bóveda craneana. *Rev Cubana Neurol Neurocir*. 2012;2:136–40. www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/82
- G. Carré Gaya^{a,*}, A. Espino García^b, C. Jorge Tufet^a, M.A. Lafarga Giribets^b y M.C. Urgelés Castellón^b
- ^a *Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria, Área Básica de Salud Bordeta-Magraners, Lleida, España*
^b *Medicina de Familia, Área Básica de Salud Bordeta-Magraners, Lleida, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: gcarregaya@gmail.com (G. Carré Gaya).