



Imágenes

Deterioro cognitivo por metástasis cerebrales múltiples

Cognitive impairment by multiple cerebral metastasis



María Nuria Requeno Jarabo^{a,*}, Elena Pérez Pascual^b, Carlos Javier Grimal Aliacar^c
y Rosario Martínez Peralta^a

^a Centro de Salud Seminario, Zaragoza, España

^b Centro de Salud Casablanca, Zaragoza, España

^c Centro de Salud Valdespartera, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de agosto de 2019

Aceptado el 8 de septiembre de 2019

Mujer de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, intervenida de cataratas y fractura de Colles, y tratamiento habitual con rosuvastatina 10 mg, hidroclorotiazida 25 mg y manidipino 20 mg. Diagnosticada de adenocarcinoma de pulmón estadio IIIB (T4N2M0) hace 3 años. Recibió tratamiento durante 8 meses con gefitinib con respuesta parcial, que se detuvo por *rash* cutáneo y no se reanudó por negativa de la paciente. En la tomografía computarizada (TC) de hace 4 meses, la tumoración pulmonar estaba estable, pero había progresión de metástasis pulmonares y ganglionares.

Acude a la consulta de atención primaria acompañada de sus hijos por presentar desde hace unos días olvidos frecuentes, no reconoce ciertos objetos ni lugares habituales para ella, inestabilidad ocasional de la marcha, no sabe marcar los números de teléfono, junto con episodio de agrafia y apraxia el día anterior. En la exploración física, la paciente está consciente, orientada, normocoloreada, normohidratada, con un índice de Glasgow 15, eupneica, pupilas isocóricas, no meningismo, Romberg negativo, sin focalidades sensitivo-motoras y marcha conservada. Auscultación cardiopulmonar y abdomen sin alteraciones. Tensión arterial 125/60, frecuencia cardiaca 68 lpm y saturación basal de oxígeno del 100%.

Se deriva a urgencias para realización de pruebas complementarias ante la sospecha de progresión de la enfermedad tumoral. Analíticas de sangre y orina normales. En la radiografía de tórax (fig. 1) se visualiza masa tumoral perihiliar en el lóbulo superior derecho que compromete bronquio principal derecho y parece invadir mediastino, y lesiones pulmonares difusas, nodulares compatibles con diseminación pulmonar neoplásica bilateral.



Figura 1. Rx de tórax: masa tumoral perihiliar en lóbulo superior derecho que compromete bronquio principal derecho y parece invadir mediastino. Existen otras lesiones pulmonares difusas, nodulares, compatibles con diseminación pulmonar neoplásica bilateral.

invadir mediastino, y lesiones pulmonares difusas, nodulares compatibles con diseminación pulmonar neoplásica bilateral.

En la TC cerebral (fig. 2) existen lesiones ocupantes de espacio con realce intenso y abigarrado tras la administración de contraste y edema vasogénico asociado compatibles con metástasis cerebrales. En la zona temporoparietal derecha el edema asociado provoca efecto de masa significativo con compresión del asta occipital del ventrículo derecho y leve desplazamiento de la línea media.

Se inicia tratamiento corticoideo oral, y se plantea a la familia realizar radioterapia holocraneal que desestima.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuriarequeno@gmail.com (M.N. Requeno Jarabo).

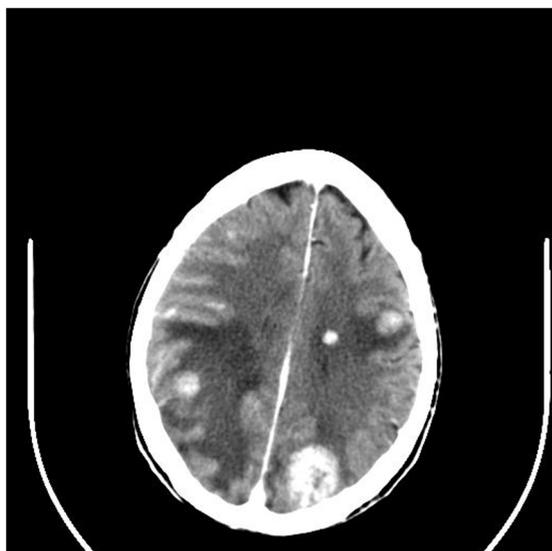


Figura 2. TC cerebral: lesiones ocupantes de espacio con realce intenso y edema vasogénico asociado compatibles con metástasis cerebrales. Las de mayor tamaño son parietoccipital izquierda de 36 × 27 mm aproximadamente, y temporoparietal derecha de 35 × 32 mm (con edema asociado y efecto de masa significativo con compresión del asta occipital del ventrículo derecho y desplazamiento de la línea media de aproximadamente 5 mm).

Entre un 20-50% de los pacientes con carcinoma pulmonar de células no pequeñas presentan metástasis durante su evolución¹. La localización más frecuente es el cerebro (hasta en un 60%), hueso, hígado y glándulas suprarrenales¹. Al plantear el tratamiento de

las metástasis cerebrales se deben tener en cuenta¹: la relación temporal con el tumor primario, el número de metástasis cerebrales, el estado de la enfermedad primaria (erradicada, erradicable o incontrolada) y el estado general del paciente.

Cuando existe un deterioro cognitivo brusco, conviene derivación urgente², siendo importante la anamnesis para descartar comorbilidades. En el estudio inicial del deterioro cognitivo hay evidencia en recomendar pruebas de neuroimagen (grado de recomendación A)². Son prioritarias si hay sospecha de etiología secundaria reversible o si se presenta un declive rápido (grado de recomendación B)².

Bibliografía

- 1 Muñoz Molina GM, Ovejero Díaz AP, Gorospe Sarasúa L. Abordaje quirúrgico del carcinoma broncogénico de células no pequeñas con metástasis extrapulmonar. *Med Clin (Barc)* 2019;153:115-21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2019.02.025>.
- 2 Garrido Barral A, de Hoyos Alonso MC, Tentor Viñas A. Protocolo de diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo. *FMC* 2019;25:1-44, <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2018.06.002>.