



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3052 - DOCTORA, ¡QUÉ DOLOR DE MUELAS!

D.C. Mateu Arza^a, J. Parcet Solsona^a, M.R. Vasquez Delgado^b, A. Martín Maldonado^b, L.L. Sánchez Orquera^b, G. Trilla Aymerich^b y M. Valls Esteve^a

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 67 años, exfumador, FRCV, MPOC. Carcinoma sólido de células transicionales con cistectomía radical + neovejiga lineal. Adenocarcinoma de próstata. Posterior a proceso odontológico, consulta por dolor neuropático en territorio trigémino. Se inicia tratamiento con AINEs ± metamizol sin mejoría, pasando a escalón siguiente con tramadol y posteriormente, carbamazepina. Se agrega somnolencia, diplopía y alteración del habla. Hemianestesia facial derecha. Con la sospecha de efecto secundario farmacológico, versus ACV se remite hospital.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinamia estable. Exploración ACR correcta. NRL PICNR, hemihipostesia facial derecha y miembro superior derecho. Rx tórax: imagen redondeada en base pulmonar derecha con bordes bien definidos no presente en previas. TAC toracoabdominal: nódulo pulmonar LID que contacta con pleura. Nódulo subpleural en LII y suprarrenales bilaterales sugestivos de M1. RNM: engrosamiento del V P.C. derecho + engrosamiento del seno cavernoso con obliteración del cavum asociado a afectación músculos pterigoideos medial y lateral sugestivos de carcinomatosis meníngea. Biopsia pulmonar: carcinoma de células pequeñas, probable escamoso.

Juicio clínico: Neuralgia del trigémino y parálisis de VII P.C. por infiltración tumoral meníngea. Difícil control del dolor hasta la introducción de dexametasona y quimioterapia posterior. Progresión rápida.

Diagnóstico diferencial: 1) Disfunción del VI P.C. por hipertensión intracraneal. 2) Compresión o invasión directa desde procesos tumorales primarios o metastásicos adyacentes. 3) Neuropatías post radioterapia o quimioterapia. 4) Lesión iatrogénica. 5) Causas no relacionadas con el cáncer. Ej. mononeuropatía isquémica del VI P.C. en paciente con hipertensión y diabetes.

Comentario final: Excepto la plexopatía braquial y lumbosacra, la afectación metastásica del SNP es menos frecuente que otras complicaciones metastásicas sobre el sistema nervioso (metástasis cerebrales, compresión medular epidural metastásica) y que las de sus tratamientos (polineuropatía periférica inducida por quimioterapia). Su conocimiento es importante porque pueden ser la presentación de una neoplasia oculta, y por requerir diagnóstico diferencial con otras complicaciones cuyo pronóstico y tratamiento puede ser muy distintos.

Bibliografía

1. Gutiérrez J, Cacho P, Sevillano García MD. Patología de los pares craneales. *Medicine*. 2011;10:4793-805.

Palabras clave: *Neuralgia. Carcinomatosis meníngea.*