



## 242/1033 - DIPLOPÍA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN CÁNCER DE PULMÓN

A. Mayorga Criado<sup>a</sup>, J. Martín García<sup>b</sup> y A. Bellvert Ríos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Llefà. Badalona. Barcelona.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Llefà. Badalona. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 73 años, exfumador, sin antecedentes de interés que consulta por diplopía. Refiere cefalea subaguda previa con dolor sordo retroocular derecho resistente al tratamiento analgésico habitual. No síndrome constitucional.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estado general conservado. NRL: Consciente y orientado. Paresia VI PC y IV derecho. Nistagmo inagotable horizontal ojo izquierdo. No otra focalidad neurológica. Resto exploración física sin alteraciones. Se deriva a hospital para valoración y pruebas de imagen. TAC craneal: lesión lítica en margen derecho del clivus y ápex petroso ipsilateral de 20 × 20 × 19 mm que plantea diagnóstico diferencial con cordoma, plasmocitoma o lesión metastásica. RM craneal: Lesión lítica con componente de partes blandas que afecta a clivus y ápex petroso derecho compatible con cordoma como primera opción diagnóstica, invasión intracraneal por cisterna prepontina y probable afectación VI PC a este nivel por infiltración parcial del seno cavernoso en contacto con ACI derecha. Ante estos hallazgos se realizaron las siguientes exploraciones que fueron diagnósticas: TAC toraco-abdominal: Probable neoplasia primaria pulmonar en LSD (2 focos) + adenopatías mediastínicas patológicas + M1 óseas generalizadas. Gammagrafía ósea: imágenes de hipercaptación patológica en calota, esqueleto axial y apendicular, atribuibles a diseminación ósea por M1. EBUS: Estenosis con mucosa lisa a la entrada de bronquio apical LSD y colapso parcial de los 2 bronquios subsegmentarios. Lesión hipoecogénica que rodea completamente el bronquio. AP: compatible con carcinoma no célula pequeña.

**Juicio clínico:** La cefalea subaguda y diplopía oriento a una LOE intracraneal, por las características y localización de la lesión craneal el cordoma era la primera opción, el resto de exploraciones dieron el diagnóstico definitivo: carcinoma pulmonar no célula pequeña estadio IV.

**Diagnóstico diferencial:** Incluye cordoma, plasmocitoma y lesión metastásica.

**Comentario final:** Las metástasis cerebrales están presentes en el cáncer de pulmón en el 20-30% de los casos en el momento del diagnóstico, se manifiestan con síntomas variados como cefalea, vómitos, alteración del campo visual, crisis convulsivas y alteración de pares craneales.

### Bibliografía

1. Navarro Expósito F, López González JL, Castillo C, et al. Medicine. 2017;12:1811-24.
2. Gómez-Utrero E, Navarro Expósito F, López González JL, et al. Medicine. 2017;12:1849-61.

**Palabras clave:** Diplopía. Cáncer pulmón. Metástasis SNC.