



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2375 - Gracias, señor, que he vuelto a hablar

Á.A. Ruíz-Risueño Montoya^a, L.S. Bañagasta^b, C. Ramallo Holgado^b, J.J. Alcaraz Rivas^c, R. Padure El Haddad^d, M. Pancorbo^e, D.L. García Santos^c, E. Franco Daza^f, A. Sánchez del Toro Gironés^g y M. Rodríguez Márquez^h

^aMédico de Familia y Médico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. ^cMédico de Familia y Médico Adjunto. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. ^fMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^gMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^hMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 86 años, no alergias medicamentosas, melanoma hace 7 años dada de alta por dermatología por no recidiva, deterioro cognitivo, síndrome ansioso-depresivo y vértigos ocasionales. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. En tratamiento actual con adiro 100, somazina y orfidal. Acude a consulta de Atención Primaria por cefalea intensa holocraneal, alteración del comportamiento y de la marcha de un mes de evolución, postrada desde hace 3 días. Su hijo nos comenta que desde hace 3 horas no pronuncia sílabas ni palabras pero si es capaz de hacerse entender moviendo los labios. Acudió hace 4 días a urgencias por sensación nauseosa y probable flutter 2:1, revertido a ritmo sinusal con amiodarona. Al alta dado la insuficiencia renal y episodios esporádicos de taquicardia se decidió no pautar tratamiento anticoagulante y remitir a CE de cardiología. Se Remite a urgencias donde la paciente vuelve a hablar, con un discurso coherente.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, BEG, normohidratada y normocoloreada, eupneica en reposo. No exantemas ni petequias. ACP: arritmica con soplo sistólico en foco mitral. MVC con mínimos crepitantes bibasales. Abdomen: Blando, depresible, sin masas ni megalias aparentes, no signos de irritación peritoneal (Blumberg, rovsing, psoas y Murphy negativos). NRL: pupilas normorreactivas. signos meníngeos negativos, no rigidez de nuca, abolición del habla, irritabilidad, hipotonía, ataxia e incapacidad de coordinación de movimientos, responde al dolor bilateralmente, no se puede realizar Romberg por hipotonía. Resto normal. TA 110/50. Glucemia: 86, en Hospital: coagulación normal, hemograma: hemoglobina 14.1, hematocrito 39,7, VCM 88,8, leucocitos 57.200 (linfocitos 16,4, monocitos 6,6, eosinófilos 0,0), plaquetas 185.000. Bioquímica: glucosa 90, urea 31, creatinina 1,40, sodio 136, potasio 4,50, PCR 1,70, calcio 12,30. TC craneal: múltiples lesiones en unión cortico-subcortical, sugestivas de metástasis. TC tórax: adenopatías de hasta 1,4 cm de diámetro menor y la de localización paratraqueal anterior derecha. Con signos indirectos de hipertensión pulmonar. Aorta torácica de calibre normal, elongada, con múltiples placas de ateroma calcificadas. Mínimo derrame pleural derecho. Múltiples focos de calcificación mamaria bilateral.

Juicio clínico: Metástasis cerebrales secundarias a melanoma.

Diagnóstico diferencial: Encefalitis, meningitis, neoplasia primaria cerebral, metástasis cerebrales, ictus, accidente isquémico transitorio,.

Comentario final: la proliferación de melanocitos en la unión de dermis y epidérmica es el inicio del melanoma y gradualmente presenta un crecimiento intraepidérmico que al iniciar la fase de crecimiento vertical, traspasa a dermis y tejido graso subcutáneo tras romper la unión dermis-epidermis. El control periódico del melanoma llega adelantarnos a su expresión en forma de metástasis, y el antecedente de melanoma debe hacernos pensar en la posibilidad de encontrar nuevas metástasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giblin AV, Thomas JM Incidence, mortality and survival in cutaneous melanoma J Plastic Reconstructive Aesthetic Surg. 2007;60:32-40.
2. Thompson JF, Scolyer RA, Keffrd RF. Cutaneous Melanoma. Lancet. 2005;365:687-701.
3. Muñoz JE, Viñolas N, Castro J, Graus F, Conde C, Castel T, et al. Metástasis cerebrales de melanoma: estudio de 48 pacientes. Med Clin (Barc). 1993;101:684-7.