



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1736 - TU PACIENTE TIENE UN AGUJERO EN EL CRÁNEO

E. Alguacil Rodríguez¹, C. Gallo Fernández² y F. Ruiz Ávila³

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Puerto Real. Cádiz.

²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Santa María Norte Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años con diabetes mellitus tipo 1, dislipemia y discapacidad intelectual. Acudió a su centro de salud por sudoración profusa con presíncope en contexto de hipoglucemia grave, objetivándose desviación de la mirada de ojo izquierdo y derivándose al Servicio de Urgencias (SU). En SU se normalizó la glucemia y se objetivó estrabismo convergente de ojo izquierdo, diplopía e inestabilidad en la marcha. No otros síntomas. Ante hallazgo en TAC craneal de lesión lítica, ingresó en Neurología para completar estudio, donde se realizó estudio de extensión sin encontrar origen de la lesión. Se citó en consultas de Neurocirugía, programándose cirugía.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: paresia del VI par izquierdo. Fuerza y sensibilidad conservadas. Marcha precautoria. Analítica con gasometría venosa: glucosa 169 mg/dl y leucocitosis con neutrofilia. TAC craneal: lesión lítica frontal derecha con destrucción cortical con aumento de partes blandas. Resonancia magnética craneal: lesión lítica frontal derecha, con destrucción de la cortical y masa de partes blandas (17 × 17 mm) y que captaba contraste. Lesiones isquémicas crónicas diseminadas. Body TAC: nódulo calcificado en mama derecha, ya conocido. Nódulo suprarrenal izquierdo inespecífico. Mamografía: lesiones BIRADS 2.

Orientación diagnóstica: Tras las pruebas complementarias ingresó en Neurología para completar estudio: paresia del VI par aterotrombótica y lesión lítica (probable etiología metastásica). Se citó posteriormente en Neurocirugía para cirugía.

Diagnóstico diferencial: A. Mieloma: etiología desconocida. 90% de los pacientes presentan delección del cromosoma 13, puede manifestarse como síndrome POEMS. Presenta dolor óseo entre los 65 y 70 años. Aparecen en TC lesiones líticas, en RM existe hipointensidad en T1 e hiperintensidad en T2 y realza contraste (1). B. Metástasis craneales: lesiones con destrucción cortical o infiltración a craneal/meningea. Realzan con contraste en TC. Se producen por diseminación hematogena (mama, pulmón, etc.). (2).

Comentario final: Paciente con patología endocrinometabólica que, gracias a la exploración exhaustiva de su médico de familia, se diagnosticó de forma incidental una lesión lítica de probable etiología metastásica. No podremos filiar su origen hasta su exéresis.

Bibliografía

1. Miral DJ. Mieloma. En: Osborn AG. Diagnóstico por Imagen Cerebro, 2ª ed. España: Marbán; 2011. p. 96-9.
2. Miral DJ. Metástasis craneales/meníngeas. En: Osborn AG. Diagnóstico por Imagen Cerebro, 2ª edición. España: Marbán; 2011. p. 100-3.

Palabras clave: Metástasis. Paresia VI. Lesión lítica.