



Neurology perspectives



19650 - NEURALGIA OCCIPITAL COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CÁNCER DE PULMÓN

Martínez Zarco, M.¹; González Romero, A.¹; Ramírez Toledo, R.¹; Cegarra Clares, M.¹; Marín Conesa, E.²; Pellicer Espinosa, I.²; Sanz Monllor, A.³; Martínez Navarro, M.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía; ²Servicio de Neurología. Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Resumen

Objetivos: En las neuralgias craneofaciales el dolor es vehiculado por los nervios occipitales, entre otros. El 90-95% son formas primarias. El 5-10% son secundarias, con características atípicas. El objetivo de este estudio es presentar un caso clínico infrecuente de causa secundaria de neuralgia occipital.

Material y métodos: Mujer, 62 años, sin antecedentes de interés. Acude por cefalea paroxística occipital izquierda, con irradiación hemicránea, de 4 meses. Aporta RMN sin hallazgos. Exploración física con dolor en punto de Arnold. Diagnóstico: probable neuralgia del nervio occipital mayor (NOM), realizándose infiltración local e iniciándose carbamazepina. Dos meses después, refiere ausencia de respuesta al tratamiento y aparición de bultoma en punto de Arnold.

Resultados: TC craneal: masa de partes blandas intra-extracraneal occipital izquierda con patrón permeativo y trombosis de seno transversal izquierdo con infarto cerebeloso. RMN cerebral: masa occipital izquierda, dos lesiones óseas y dos nódulos cerebrales, compatibles con metástasis. TC *total body*: masa pulmonar LSD. Broncoscopia con biopsia diagnóstica de adenocarcinoma.

Conclusión: La neuralgia occipital cursa con dolor uni o bilateral, continuo o paroxístico, en la distribución de los nervios occipitales (mayor, 90% casos, menor o tercero). Puede alcanzar al área frontoorbitaria y asociar otros síntomas. El NOM es vulnerable a la tracción en tres puntos. En su diagnóstico hay que descartar causas secundarias. En este caso, la RMN previa normal y el cuadro típico hizo que se descartase, pero dada la evolución, se replanteó el diagnóstico. El debut de un adenocarcinoma pulmonar con metástasis ósea es infrecuente, lo que ocasiona retrasos diagnósticos.