

Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
(del Vol. 19, Núm. 1)
(Med fam Andal 2018; 19: 97-98)

Respuestas razonadas

Claudicación de miembro en varón de 70 años

Macías Ruiz JM, Ortiz Suárez S

Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Mayor. Sevilla

1. Incorrecto: Teniendo en cuenta que la incidencia del ictus en España en mayores de 65 años es de hasta 591 por cada 100.000 habitantes/año¹ y que la clínica de claudicación y disminución de fuerza en miembro superior izquierdo podría hacernos sospechar un accidente cerebrovascular correspondiente al territorio de arteria cerebral media derecha, es uno de los primeros diagnósticos a considerar en este caso; sin embargo no hemos de pasar por alto que en la actualidad nuestro paciente no presenta factores de riesgo cardiovascular¹. Aunque el tabaquismo aumenta de 2 a 4 veces el riesgo de ictus^{2,3} y la relación dosis-respuesta es alta, tras 4 ó 5 años de haber abandonado el hábito tabáquico, el riesgo de accidente cerebrovascular se reduce al de un no fumador³. La TAC realizada a nuestro paciente descarta definitivamente este diagnóstico.

2. Correcto: Tal y como se muestra en las imágenes de la TAC realizada se objetivan lesiones ocupantes de espacio en región parietooccipital derecha y surco central izquierdo, sugestivas de metástasis hemorrágicas por vía hematógena.

El 7% de las metástasis cerebrales son de origen pulmonar y el 36% de ellas se presentan en forma de afectación motora focal⁵, tal y como sucedió en el caso que nos ocupa.

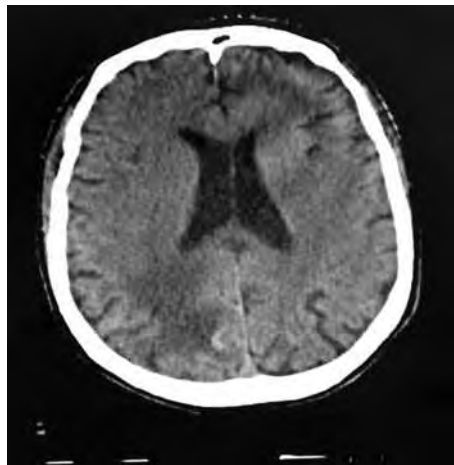
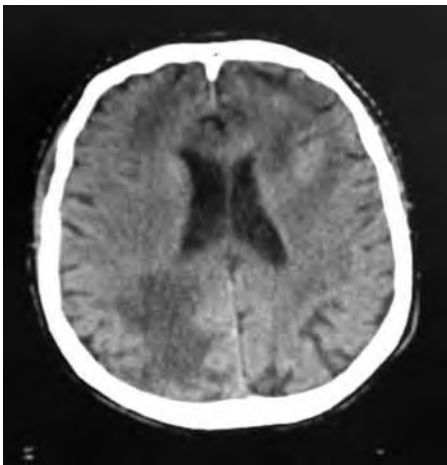
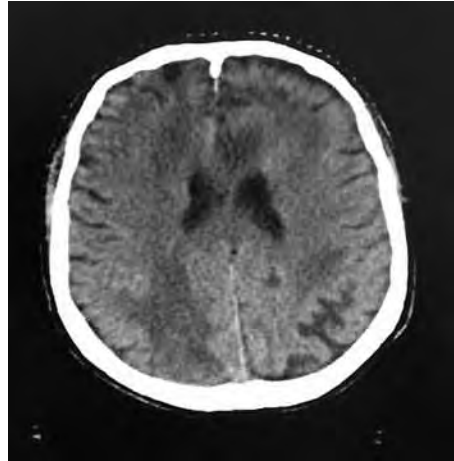
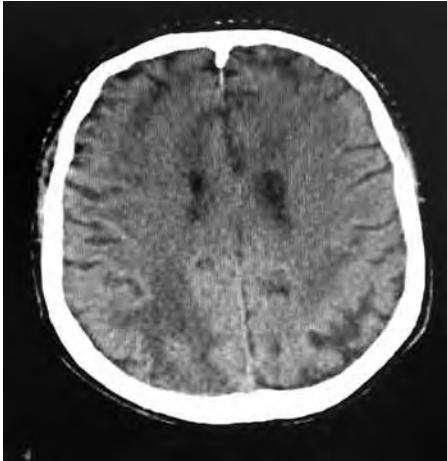
Teniendo en cuenta el antecedente de tabaquismo de nuestro paciente, desde el servicio de urgencias se solicitó radiografía de tórax donde se aprecia una masa de márgenes lobulados en LSD

de localización central y parahiliardcha, sugestiva de neoplasia broncogénica. Para completar el estudio se realiza TAC toraco-abdominal donde no se objetivan otras lesiones y finalmente, la anatomía patológica, confirma el diagnóstico de Carcinoma de Pulmón No Microcítico (CPNM) con signos de anaplasia, EGFR no mutado.

El cáncer pulmonar produce más de 1,3 millones de muertes al año y su principal agente causal es el humo del cigarrillo, implicado en el 90% de los casos⁴. Dentro de los cánceres de pulmón, el CPNM supone más del 80% de los casos, siendo el adenocarcinoma el tipo histológico más frecuente⁴. Actualmente se conocen múltiples alteraciones genéticas y moleculares que afectan a protooncogenes, genes supresores y reparadores del ADN, con implicaciones terapéuticas y pronósticas⁴. Las mutaciones más importantes son las EGFR y su presencia supone sensibilidad al tratamiento con terapia diana ITK (elección de inhibidores de tirosincinasa)^{4,6}. Nuestro paciente presenta un CPNM en estadio IV con EGFR no mutado cuyo pronóstico es muy bajo, con una supervivencia a los 5 años del 2 al 13%^{4,5}.

3. Incorrecto: La incidencia de absceso cerebral piógeno es de 0,4-0,9 casos/100000 habitantes, siendo más frecuente en las cuatro primeras décadas de la vida⁷. La presentación clínica más frecuente es en forma de fiebre y cefalea, en el 58 y 55% de los casos respectivamente; en el 48% de los casos puede presentarse en forma de hemiparesia, como alteración del nivel de conciencia en el 40% y en un 20% de los casos se asocia a

Imagen



disartria^{7,8}. Teniendo en cuenta estos datos la semiología de presentación en nuestro paciente podría sugerir un absceso cerebral piógeno localizado en área parietal derecha. Las causas más frecuentes de éste son progresión de infección desde vecindad (otomastoiditis, sinusitis, absceso dental), diseminación hematogena de infección previa, trauma craneal o intervención neuroquirúrgica⁷; como factores predisponentes se encuentran la Diabetes Mellitus, adicción a drogas vía parenteral, alcoholismo e inmunosupresión⁷. En nuestro paciente, la ausencia de factores predisponentes y foco etiopatogénico previo, junto con la ausencia de los síntomas más frecuentes, nos lleva a considerar con menor fuerza dicho diagnóstico, que finalmente queda descartado mediante la prueba de imagen.

4. **Incorrecto:** La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante del SNC de carácter autoinmune y que afecta a dos millones de personas en el mundo. Dentro de la sintomatología de debut se incluye como posible la presentada por nuestro paciente: debilidad/paresia muscular (40%), hipoestesia/parestesia (45%), trastornos visuales como diplopia o nistagmo (raros en inicio) y ataxia⁹. Si bien es verdad que la hemiparesia es frecuente en el inicio de la enfermedad, ésta suele ser espástica y progresiva, características que no se presentan en nuestro caso, por otra parte nuestro paciente presenta síntomas cerebelosos, que raramente acompañan a la EM. La realización de las pruebas de neuroimagen descartaron dicha afectación.

5. Incorrecto: La encefalitis aguda diseminada (EAD) es una entidad que puede presentarse días o semanas después de un proceso infeccioso o tras la administración de vacunas¹⁰. Es una enfermedad fundamentalmente pediátrica, pero también puede darse en adultos. Cuando se presenta en el adulto, entre el 77-85% de los casos, puede hacerlo en forma de afectación neurológica focal¹⁰. En el caso de nuestro paciente, no habían existido vacunación o proceso infeccioso previos. En la EAD sólo existen alteraciones en la TAC en el 30% de los casos, y cuando aparecen lo hacen en forma de espacio supratentorial visiblemente difuso o grandes hipodensidades focales la materia blanca⁶; hallazgos que no coinciden con los de nuestro paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tamayo-Ojeda C, Parellada-Esquius N, Salvador-González B, Oriol-Torón PA, Rodríguez-Garrido M^oD, Muñoz Segura D. Seguimiento de las recomendaciones en prevención secundaria cerebrovascular en atención primaria. *Aten Primaria*.2017; 49:351-8.
2. Fuentes B, Gallego J, Gil-Nuñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J et al. Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (I). Actuación sobre los factores de riesgo y estilo de vida. *Neurología* 2012; 27 (9): 560-574.
3. Cook K, Bhatti L, Tursand`Epaignet E. Resúmenes informativos de la OMS sobre el Tabaco y accidentes cerebrovasculares. Ginebra: OMS; 2016.
4. Recomendaciones SEPAR de diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas. *ArchBronconeumol*. 2016;52 (supl 1); 2-62.
5. Gómez-Utrero E, Navarro Expósito F, López González JL, Álvarez-Mon Soto M. Complicaciones neurológicas del cáncer. *Medicine*. 2017; 12 (31): 1849-61
6. Iglesias Serrano I, Montferrer-Estruch N, Nuño Sanz R. Difícil manejo en paciente con adenocarcinoma de pulmón con mutación de EGFR y enfermedad cerebral. *ArchBronconeumol*. 2017; 53 (1): 32-39
7. García Moncó JC. Infecciones del Sistema Nervioso Central. En: Farreras- Rozman. *Medicina Interna*. 18^a ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p.1347-1362
8. Nath A, Beger J. Brain Abscess and Parameningeal Infections. En: Goldman-Cecil. *Medicine*. 25^a ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016; 2495-2500.
9. Deretzi G, Gavalas E, Zavos C. Multiple Sclerosis: Causes, Diagnosis, and Management. New York: Nova Science Publishers; 2012.
10. Sonnevile R, Klein I, de Broucker T, Wolff M. Post-infectious encephalitis in adults: Diagnosis and management. *Journal of Infection*. 2009; 58: 321-328.

Dirección para correspondencia:
José Manuel Macías Ruiz
Correo-e: maciasdoc@gmail.com