

Primera crisis convulsiva en paciente con neoplasia de esófago

Caso clínico:

Paciente de 71 años IABVD, HTA, DLP, CI, EPOC con neoplasia de tercio distal de esófago en tratamiento con QT paliativa.

Acude al servicio de Urgencias derivado de consultas de Oncología tras alteraciones de conducta de 2 semanas de evolución. Según comentan familiares el paciente se pone la ropa del revés, se ríe de manera inapropiada, presenta desorientación espacial,... Durante la anamnesis en el Servicio de Urgencias, el paciente realiza una crisis convulsiva tónico-clónica, por lo que se realiza TAC basal de urgencia, en el que se observa realce cortical temporoparietal derecho compatible con hiperperfusión post-isquémica vs encefalitis.

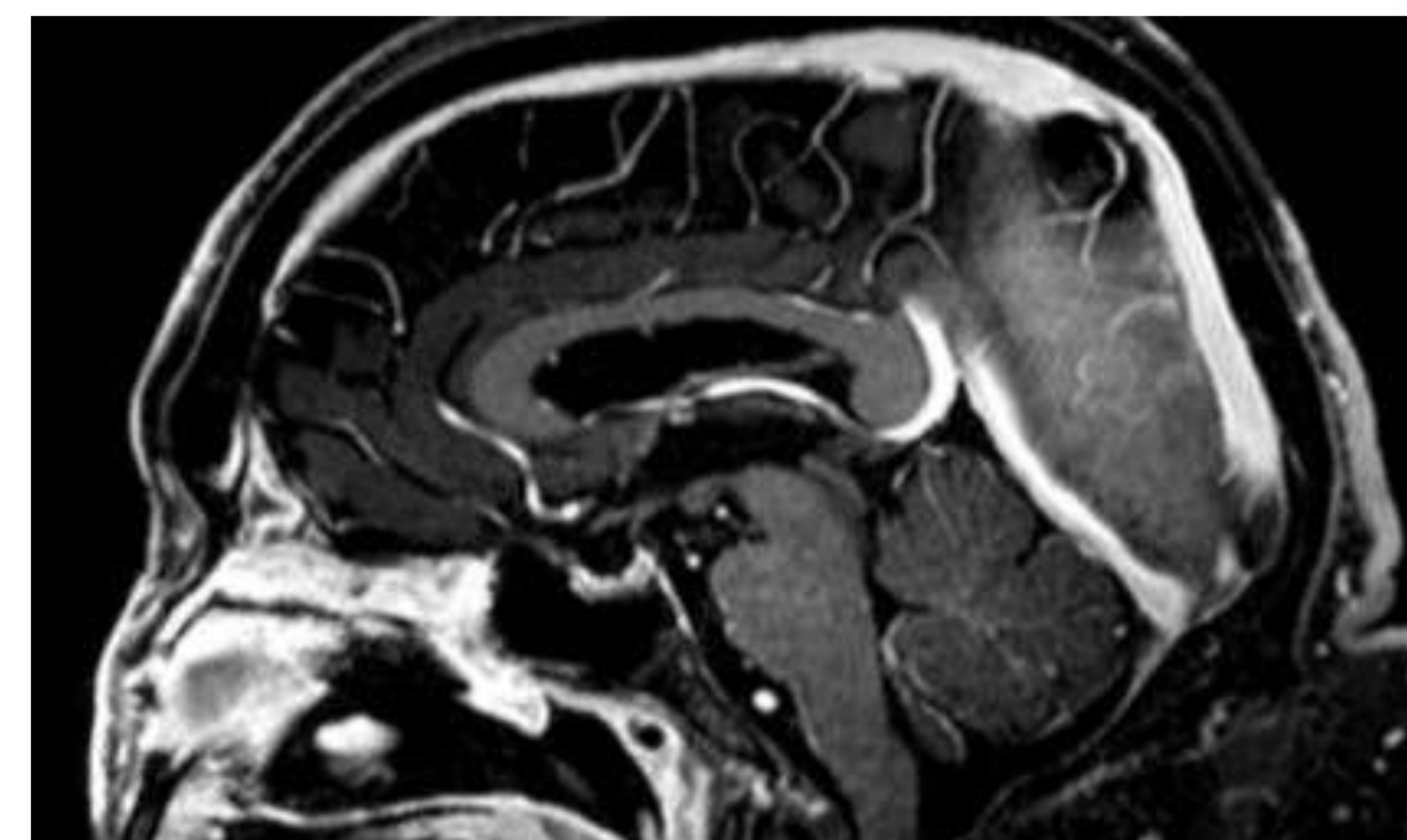
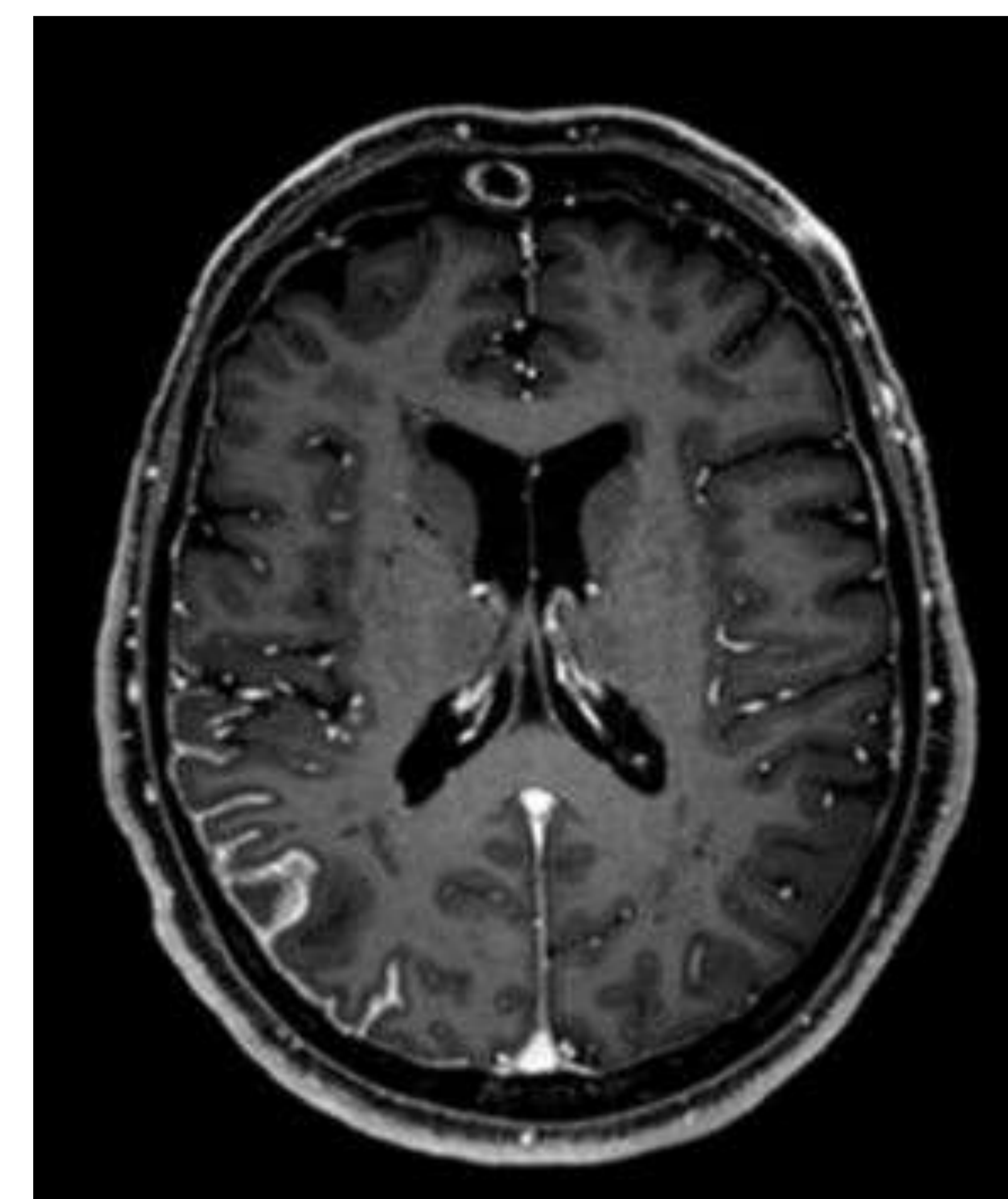
Se realiza analítica en el servicio que resulta normal y punción lumbar .

Ante creciente agitación del paciente y deterioro neurológico agudo se inicia cobertura antibiótica para encefalitis y ante riesgo de broncoaspiración se ingresa en UCI donde finalmente acaba requiriendo intubación orotraqueal y sedoanalgesia. Se descarta el diagnóstico de encefalitis herpética o de otro origen infeccioso tras múltiples punciones lumbares, realizándose finalmente biopsia cerebral que confirma el diagnóstico de **carcinomatosis meníngea**. Ante deterioro neurológico progresivo, recidiva de crisis convulsivas y ECOG 3 se decide sedación y el paciente fallece finalmente al cabo de 15 días de ingreso en UCI.

Carcinomatosis meníngea

La carcinomatosis meníngea o metástasis leptomeníngea es diagnosticada en aprox 5% de los pacientes con cáncer metastásico, pero aparece en aprox en el 20% de las autopsias. Se trata de una complicación devastadora en cánceres avanzados, aunque bastante infrecuente. Los tumores primarios que más frecuentemente se relacionan con esta patología son los de mama, pulmón y melanoma. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: cefalea (por hipertensión intracraneal o por irritación meníngea), náuseas y vómitos, debilidad, síntomas cerebelosos, convulsiones (25%), alteración de conciencia, diplopia y debilidad facial. La RMN craneal o espinal son los métodos diagnósticos de elección, donde suele verse realce difuso. Normalmente se presentan alteraciones en líquido cefalorraquídeo como: linfocitosis, elevación de proteínas, disminución de glucosa, aparición de células con atipias (gold standard) y presión elevada. Aun así la citología es negativa hasta en un 20% de los casos. No es necesaria la biopsia cerebral o espinal; únicamente se realizará en casos con citologías de LCR negativas y cuando no haya evidencia de que se trate de un cáncer diseminado.

Debe realizarse el diagnóstico diferencial con: metástasis en zonas adyacentes a compartimentos del sistema nervioso, enfermedades infecciosas o autoinmunes, efectos secundarios tardíos a tratamientos (como RT) y artefactos en las pruebas de imagen.



Autores:

Amaia Ukar Naberan (1), Elena Sáiz Yoldi (2), Maialen Ramos Oñate (3), Joan Capellades I Llopart (4), Carmen Laguna Cárdenas(5), Laura Fernández-Vega Suárez (6)

Centro de Trabajo: (1) C.S Dávila, (2) C. S Cazoña, (3) C.S Dávila, (4) C. S Sardinero, (5) C.S Puerto Chico (6) C. S Cazoña.