Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):1023

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-168. - DETERIORO NEUROLÓGICO EN PACIENTE ONCOLÓGICO: CARCINOMATOSIS MENÍNGEA

A. Peláez Ballesta, G. Lara Martínez, G. Alonso García, R. Mateo Paredes, E. Mene Fenor

Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

Resumen

Objetivos: La carcinomatosis meníngea es una rara, pero frecuente complicación secundaria a la progresión del cáncer, su diagnostico requiere un alto índice de sospecha y ser confirmado mediante neuroimagen o citología. El objetivo de nuestro estudio consistía en revisar los pacientes diagnosticados de carcinomatosis meníngea durante 2011-2012, medir la incidencia en nuestra área, el tipo de cáncer asociado, así como las manifestaciones clínicas iniciales, y la supervivencia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, se revisaron las historias de todos aquellos pacientes que fueron ingresados desde enero de 2011 hasta febrero de 2013, con el diagnostico al alta de carcinomatosis meníngea. Utilizando como variables: sexo, edad, cáncer primario, edad de diagnostico de tumor primario, tiempo de supervivencia desde diagnostico de carcinomatosis meníngea, manifestaciones clínicas de inicio previas al diagnostico de carcinomatosis, y pruebas que confirmaron el diagnostico. Un total de 12 historias fueron revisadas, de las cuales: 4 correspondían a carcinoma de pulmón, 5 a carcinoma lobulillar infiltrante de mama, 2 a glioblastoma multiforme, 1 a melanoma.

Resultados: Se revisaron hasta el momento actual, un total de 12 historias, el cáncer primario asociado fue: 41,6% a carcinoma lobulillar infiltrante de mama, 33,3% a c. pulmón, un 16,6% glioblastoma multiforme, y un 8,3% a melanoma. En lo referente a los síntomas iniciales el principal fue la cefalea, en el 75% de los pacientes, las nauseas y vómitos el 50%, diplopía el 34%, y debilidad en MMII 25%, y disartria 24%. El 67% eran mujeres y el 33% hombres, la edad de diagnostico abarcaba desde los 43 años a los 83 años. Las pruebas que confirmaron: en el 67% fueron positivas tanto RMN cerebral como la citología de LCR, en el 17% solo la citología y el 17% restante solo la RMN, sin citología positiva. De los 12 pacientes, 5 fallecieron antes de poder iniciar tratamiento, 3 rechazaron el mismo y 3 se sometieron a quimioterapia intratecal con una supervivencia no superior a los 2 meses. El tipo de cáncer que desarrollo carcinomatosis meníngea mas tardíamente fue el carcinoma de mama (hasta 10 años después) y el más temprano tanto el melanoma como el glioblastoma (4 meses).

Discusión: Tras los resultados obtenidos, y la revisión bibliográfica previa, podemos ver como es una entidad clínica cuyo diagnostico se basará en una alta sospecha clínica, apoyada de citología de LCR y técnicas de imagen, en este caso la RNM cerebral con gadolinio. El problema con el que nos podemos encontrar es, una RNM sin hallazgos y una primera citología de LCR negativa, pero con una alta sospecha clínica, en este caso se realizará una segunda citología de LCR, pues aumenta la rentabilidad diagnostica de un 40% a un 80% en la segunda punción. En nuestros resultados, vemos mayor incidencia en el sexo femenino, y con C. Mama. En lo referente a la clínica, en la mayoría, el síntoma cardinal de inicio fue la cefalea, asociada de forma muy

variada al resto de síntomas, todos ellos progresivos, y con mejoría tras inicio de corticoterapia. La supervivencia tras el diagnostico no superó los 2 meses en los que se sometieron a tratamiento con quimioterapia intratecal, sin contar los que fallecieron antes de poder iniciar el tratamiento, aquí nos encontraríamos con un dilema moral, ¿es ético someter a este tipo de pacientes en un estado tan avanzado de enfermedad a tratamiento intensivo si la supervivencia va a ser tan pequeña? Dependerá por tanto de la decisión del paciente.

Conclusiones: La carcinomatosis meníngea es una entidad que requiere un alto índice de sospecha clínica, así como confirmación por imagen y/o citología para su diagnostico. Es más frecuente en mujeres, con cáncer de mama, y su supervivencia es escasa. El síntoma de inicio principal es la cefalea, y serán progresivos. Se tendrá que realizar un diagnostico diferencial con metástasis, infecciones, enfermedades autoinmunes y artefactos.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.