

Reporte de caso

DOLOR MANDIBULAR E HIPOESTESIA MENTONIANA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE CARCINOMATOSIS MENÍNGEA

*Dr. Ignacio Díaz Pérez, Dra. Natalia Massa,
Dra. Laura Parise, Dr. Hober Massieri*

.....

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

SANATORIO DE LA TRINIDAD MITRE

DIRECCIÓN: BARTOLOME MITRE 2553 C1207AAD BUENOS AIRES //

EMAIL DE CONTACTO: nachodiazperez@hotmail.com

•

RESUMEN

El compromiso tumoral de las leptomeninges está asociado con la diseminación de células tumorales de cualquier origen, a través del espacio subaracnoideo, produciendo signos y síntomas de compromiso multifocal y es una de las más serias complicaciones enfrentadas por un paciente con cáncer.

Describimos una paciente con diagnóstico de carcinomatosis meníngea

Palabras clave: *Carcinomatosis; meníngea; dolor; mandibular; hipoestesia; mentoniana*

ABSTRACT

Oncologic involvement of the leptomeninges is associated with the spread of tumor cells from any source, through the subarachnoid space, producing signs and symptoms of multifocal commitment and is one of the most serious complications faced by cancer patients.

We describe here a patient who was diagnosed with leptomeningeal carcinomatosis

Keywords: *Leptomeningeal; carcinomatosis; mandibular; pain; hypoesthesia*

INTRODUCCIÓN

La carcinomatosis meníngea se define como la siembra difusa de las leptomeninges por las metástasis tumorales. Esta condición fue reportada por primera vez en 1870 por Eberth, aunque el término carcinomatosis meníngea no se utilizó hasta principios del siglo XX.

Dentro de los pacientes con carcinomatosis meníngea causada por tumores sólidos, el cáncer de mama (12 a 34 %), cáncer de pulmón (10 a 26 %), melanoma (17 a 25 %), tumores gastrointestinales (4 a 14 %) y tumores de primario desconocido (1 a 7 %) son los más comunes.

CASO CLÍNICO

Presentamos un caso clínico de una paciente de 57 años de edad, sexo femenino, hipertensa con antecedentes de Carcinoma ductal de mama izquierda en 1989 por lo que se realizó tumorectomía con vaciamiento axilar seguido de radioterapia. En 1998 evoluciona con recidiva local por lo que se realizó mastectomía radical y hormonoterapia con Tamoxifeno.

En abril de 2008 se constata recidiva local en la cicatriz (pectoral izquierdo) y metástasis óseas múltiples por lo que inicia tratamiento quimioterápico con Paclitaxel y Bevacizumab.

Evoluciona con neutropenia a foco respiratorio con requerimiento de terapia intensiva por lo que se decide reemplazar Paclitaxel por Capecitabina monodroga.

Evoluciona 15 días previos a la internación con dolor mandibular intenso con irradiación a ambos oídos asociado a hipoestesia mentoniana. Se indicó tratamiento con opiáceos más antiinflamatorios no esteroideos por sospecha de secundarismo óseo mandibular y debido a falta de respuesta se interna para optimizar tratamiento del dolor.

Estudios realizados

* Tomografía computada de cráneo, macizo facial y encéfalo: sin evidencia de lesiones óseas.

*Punción Lumbar: sin hallazgos patológicos. Citología negativa.

*Resonancia magnética de encéfalo con gadolinio: engrosamiento meníngeo difuso sin lesiones focales intraparenquimatosas (Fig. 1, Fig. 2, Fig. 3).

*Electroencefalograma: lentificación de actividad eléctrica de fondo, sin paroxismos.

Inició tratamiento con Dexametasona, Tramadol, Amitriptilina y Gabapentin, con aceptable respuesta analgésica.

Evaluada por oncólogo de cabecera se decide realizar radioterapia paliativa por interpretarse el cuadro secundario a Carcinomatosis Meníngea.

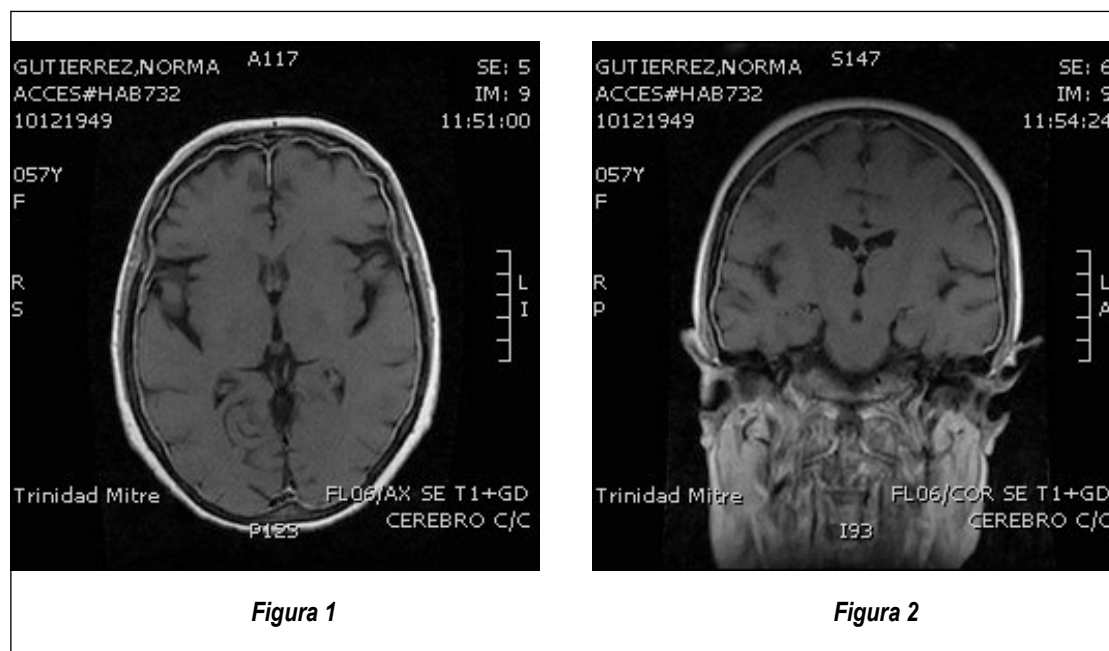


Figura 1

Figura 2

DISCUSIÓN

La presentación clínica de esta paciente se manifestó con hipoestesia mentoniana y dolor mandibular debido al compromiso de la rama maxilar inferior del trigémino (rama sensitiva).

Si bien la disfunción de nervios craneales es común en la presentación de la carcinomatosis meníngea, este caso no presentó síntomas cerebrales generalizados como cefalea y/o síndrome confusional.

A pesar de que no hubo hallazgos patológicos en la punción lumbar, esta patología cursa hasta con un 40-50 % de citologías negativas por lo que es poco sensible a pesar de ser altamente específico.

En cuanto a los estudios de imagen, se pueden apreciar alteraciones en la resonancia magnética con gadolinio en aproximadamente 50% de los pacientes como lo fue en este caso. Se debe tener en cuenta que el aumento de captación leptomeníngea no es específico y puede verse también tras una punción lumbar, en presencia de infección, traumatismo, inflamación, o posterior a una craniotomía.



Figura 3

CONCLUSIONES

La carcinomatosis meníngea se presenta en fases avanzadas del cáncer y su frecuencia ha aumentado en los últimos años debido a la mayor sobrevivencia de los pacientes con patología oncológica sistémica. Se requiere un alto índice de sospecha clínica para el diagnóstico de esta infrecuente patología y debe tenerse en cuenta que puede presentarse clínicamente con disfunción de nervios craneales y espinales por invasión directa del tumor como es en este caso. Si bien el examen de líquido cefalorraquídeo fue normal, los hallazgos positivos radiológicos con hallazgos clínicos compatibles, sugirieron el diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. L.de Angelis. Diagnosis and treatment of leptomeningeal metastasis. Management of central Nervous System Metastases, ASCO 2002.
2. Balm M. Hammack J. Leptomeningeal carcinomatosis. Arch. Neurol 53: 626-632; 1996
3. Chamberlain M. Leptomeningeal metastases. Indium-DTPA CSF flow studies. Neurology 41: 1765-1769: 1991
4. Kesari, S, Batchelor, TT. Leptomeningeal metastases. Neurol Clin 2003; 21:25.
5. Jayson, GC, Howell, A. Carcinomatous meningitis in solid tumours. Ann Oncol 1996; 7:773.
6. Clarke, JL, Perez, HR, Jacks, LM, et al. Leptomeningeal metastases in the MRI era. Neurology 2010; 74:1449.