

## Cas clínic

# Pacient jove amb parestèsies hemifacials

**Sechuran Juan Jose\***, **Cid Amanda\***, **Arbulú Pedro\***,  
**Baxarias Joaquim\*\*** i **Carvajal Antoni\*\*\***

\* Resident de Medicina Familiar i Comunitària,

\*\* Medicina Familiar i Comunitària,

\*\*\* Fundació radiodiagnòstic UDIAT, Sabadell

## Correspondència:

**Juan José Sechuran**

CAP Ca N'Oriac, Sabadell

Adreça electrònica: [jjsechas@hotmail.com](mailto:jjsechas@hotmail.com)

Publicat: 1 de desembre de 2008  
Butlletí 2008,26:13

Aquest article està disponible a

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol26/iss3/3/>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## Introducció

La focalitat neurològica com a motiu de consulta a l'atenció primària és poc freqüent, excepte en radiculopaties i en l'estudi de cefalees. El primer especialista en atendre al malalt, en la majoria dels casos, és el metge de família, això és cabdal en casos que poden comportar gravetat o precisar d'atenció preferent malgrat presentar símptomes no alarmants per al pacient.

## Descripció del cas

Dona de 30 anys, sense hàbits tòxics, ni al·lèrgies medicamentoses, sense antecedents d'interès excepte rinitis al·lèrgica estacional. Refereix des de fa 4 mesos parestèsies hemifacials esquerreres, sense dèficit motor associat, malgrat que explica sensació subjectiva de dificultat en moure la parpella superior esquerra, que no s'objectiva a l'exploració. A l'anamnesi dirigida explica cefalea retrorbitària i periauricular, que s'intensifica amb el decúbit, de 2 mesos d'evolució. El darrer mes, s'afegeixen al quadre episodis d'inestabilitat a la marxa amb lateralització a l'esquerra de la mateixa.

La pacient presenta bon estat general, trobant-se hemodinàmicament estable. A l'auscultació cardiorespiratòria s'objectiven tons cardíacs rítmics, sense bufs ni frecs, amb murmuri vesicular conservat. A l'exploració neurològica, s'objectiven pupil·les isocòriques i normoreactives, sense signes de meningisme, ni de focalitat neurològica motora. Es va orientar com possible afectació neurològica que afectava diversos parells cranials, de forma sensitiva, a nivell de fossa mitja anterior, i es va demanar RNM ja que es l'eina més eficient en el diagnòstic diferencial ràpid de lesions potencialment greus (**taula 1**).

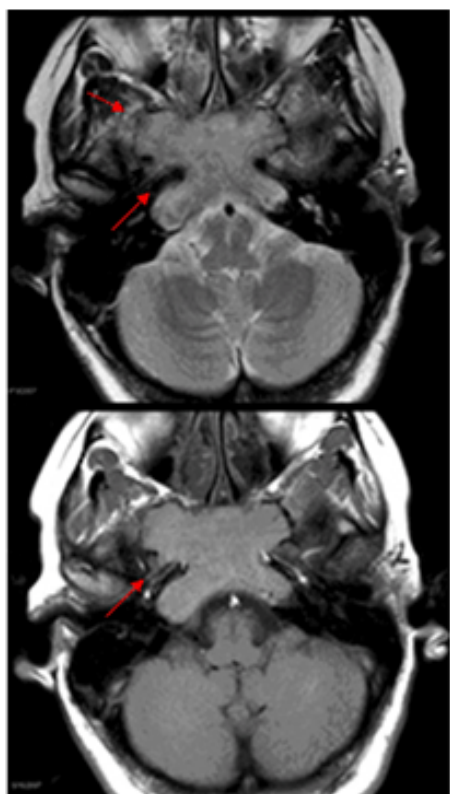
**Taula 1.** Síndromes d'afecció conjunta de diferents parells cranials

PC* afectats	Epònim	Causas
III, IV, V, VI	Rochon Duvigneaud	-Tumor d'esfenoides -Aneurisma Caròtida Interna
	Tolosa-Hunt	-Aneurismes del sinus cavernós -Trombosi sinus cavernós -Tumor infiltrant sinus/sella turca -Granulomes inespecífics
II, III, IV, V, VI	Jakob	Tumor fossa cranial ½
V, VII, VIII, IX	Genolls, turmells, colzes i canell	Meningiomes Neurinomes

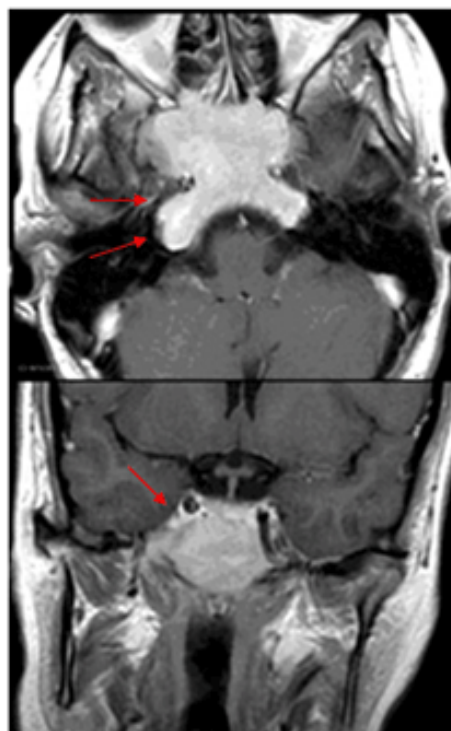
### \*Parells Cranials

Es realitza RNM cranial de forma ambulatoria que objectiva procés expansiu esfenoidal de 6cm de diàmetre homogèniament hiperintens en T1 i T2 respecte al múscul d'etiologia òssia (**fig. 1 i 2.**), que sembla limitat a cos esfenoidal, sense component de parts toves, ni desbordament cortical.

**Figura 1.** RNM simple. Lesió expansiva esfenoidal hiperintensa a les imatges que corresponen a T2 axial i T1 axial respectivament, amb límits tumorals d'aspecte insuflat que s'estén a les ales majors esfenoidals i regions laterobasals, circumdant, les fenestracions esfenoidals i els canals òptics. Posteriorment la tumoració s'estén a còndils occipitals.



**Figura 2.** RNM contrast. La imatge superior correspon a T1 axial amb contrast i la imatge inferior a T1 coronal amb contrast. La captació de contrast evidencia de forma intensa i homogènia la tumoració.



Posteriorment es realitza TAC cranial que confirma lesió ocupant a nivell de cos esfenoidal (**taula 2**), hipodensa respecta a l'ós. Una gammagrafia òssia que resulta normal. Analítica amb immunoelctroforesi de sang i orina que resulten normals. Aquesta data és important perquè sempre cal descartar mieloma múltiple associat.

#### Taula II. Processos neoforimatius esfenoidals

Meningioma  
Tumor ossi benigne (condroma, tumor cèl·lules gegants...)  
Craneofaringioma  
Glioma  
Metàstasis  
Aneurisma Parasel·lar  
Tumor hipofisar

Com a diagnòstic de certesa es va realitzar la biòpsia endoscòpica transetmoidal de la lesió compatible l'estudi anatomopatològic amb **plasmocitoma esfenoidal** solitari, per l'estudi d'extensió dins la normalitat.

La pacient va ser introduïda ràpidament en un protocol de tractament amb radioteràpia de 6 sessions i quimioteràpia adjuvant, amb extracció de cèl·lules mare per possible trasplantament a posteriori. La clínica va desaparèixer totalment a la segona sessió, trobant-se asimptomàtica. Els efectes secundaris del tractament es deuran a un panhipopituïtarisme, que caldrà resoldre amb tractament hormonal substitutiu, generalment amb hormona tiroïdal, cortisol i estrògens.

#### Discussió

El diagnòstic de plasmocitoma és histològic. Es tracta de neoplàsies secretores d'immunoglobulines (generalment Ig A, Ig G). Habitualment estan ben delimitades tot i que fins a un 20% dels plasmocitomes poden ser multicèntrics.

El diagnòstic histològic s'estableix per la presència d'agregats de cèl·lules plasmàtiques que presenten atípies. L'origen monoclonal de les cèl·lules es confirma per immunocitoquímica.

Malgrat la infreqüent presentació del plasmocitoma i l'escassa estadística que disposem presenta un pronòstic favorable amb bona evolució. Factors pronòstics importants són la presència de banda monoclonal associada i dels aspectes locals del tumor. En els casos més similars de plasmocitoma esfenoidal aïllat s'ha descrit supervivències del 95-96% amb radioteràpia.

#### Bibliografia

1. Laguna D, Gonzalez FM. Plasmocitoma solitario del seno esfenoidal. Revista oncológica 2002;25(5):59-64.
2. Weihrauch MR, Diehl V. Retrobulbar, intracranial and cutaneous secondary plasmocitoma in a patient with atypical múltiple myeloma. New England of Medicine 2001;315(26);1917) 1988;91:707-11.
3. Ibarra A. Adenoma invasor del seno esfenoidal y clivus. Archivo neurociencia Mejico 2006;10(3):191-195
4. Caballero MC. Plasmocitoma meníngeo solitario. VII Congreso Virtual Hispano-Americano de Anatomía Patológica y I congreso de preparaciones virtuales por internet, 1-31 Octubre 2005.
5. Gallego de la fuente MC, Medina A, De La Cierva, F, y Osete J M. Plasmocitoma solitario rinosinusal. Revisión del diagnóstico y tratamiento. An-Otorrinolaringol-Ibero-Am 1990;17(6):691-598.