Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2492

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4624 - VÉRTIGO INCOERCIBLE

M. Holden[a] y G. Vilardell Rifà[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud ABS Manlleu. Vic. Barcelona. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manlleu. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 70 años, con antecedentes de HTA y neoplasia de próstata Gleason VI, con múltiples consultas por cuadro vertiginoso de 1 mes de evolución, que no mejora con Dogmatil cada 8 horas. No fiebre ni cefalea. Se agudiza con debilidad de extremidades inferiores.

Exploración y pruebas complementarias: Consiente y orientado. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Reflejo fotomotor consensuado. Pares craneales normales, excepto una leve paresia facial izquierda central. Leve hemiparesia braquio-crural izquierda y bradicinesia de hemicuerpo izquierdo. Romberg negativo. Test de marcha con lateropulsión izquierda. Reflejos con hiporreflexia cuadricipital y aquilea bilateral. Babinski negativos. TAC y RMN craneal: lesión expansiva intraparenquimatosa supratentorial temporal derecha de 68 × 43 × 45 mm, con desplazamiento de la línea media de 8 mm, de características neoformativas.

Juicio clínico: Debido al vértigo incoercible, a pesar del tratamiento antivertiginoso correcto (Sulpirida), en una visita a urgencias por cuadro vertiginoso, se decide solicitar TAC craneal donde se objetiva masa probablemente tumoral en lóbulo temporal derecho, por lo que se remite a hospital de nivel I para tratamiento definitivo, con cirugía de resección, quimioterapia con temozolamida y radioterapia (2 sesiones).

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Ménière, malformación arterio-venosa, metástasis, hemorragia intracraneal, toxoplasmosis, cisticercosis, linfoma del sistema nervioso central, otros tumores cerebrales.

Comentario final: En la anatomía patológica se revela que se trata de un glioblastoma, sin inmunorreactividad para IDH1, grado IV. Se trata del tumor glial más frecuente y maligno, con una frecuencia de 12-15% de todos los tumores intracraneales, con una incidencia de 2-3 nuevos casos por cada 100.000 habitantes al año. Presenta una media de supervivencia de 12 meses. Actualmente el paciente se encuentra en domicilio, con una hemihipoestesia izquierda residual, y buen estado general por el momento.

Bibliografía

1. Mukundan S, Holder C, Olson JJ. Neuroradiological assessment of newly diagnosed

glioblastoma. J Neurooncol. 2008;89(3):259-69.
2. Russell DS, Rubinstein LJ. Pathology of tumors of the nervous system, 6th ed. London: Edward Arnold; 1998. 426-52.
3. Brat DJ, Prayson RA, Ryken TC, Olson JJ. Diagnosis of malignant glioma: role of neuropathology. J Neurooncol. 2008;89(3):287-311.
4. Preusser M, de Ribaupierre S, Wohrer A, et al. Current concepts and management of glioblastoma. Ann Neurol. 2011;70(1):9-21.

Palabras clave: Glioblastoma multiforme. Vértigo. Hemiparesia.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.