



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 387/16 - NO HAY QUE OLVIDAR EXPLORAR LA CAMPIMETRÍA

B. Gutiérrez Muñoz<sup>1</sup>, A. Artíme Fernández<sup>2</sup>, C. Varela César<sup>2</sup>, S. Iglesias Melguiz<sup>3,4</sup>, I. Hernando García<sup>1</sup>, M. Gómez García<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Isabel II. Santander. Cantabria.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 60 años, deportista, sin alergias, FRCV, hábitos tóxicos, tratamiento u otros antecedentes de interés. Acude a Urgencias acompañado por su mujer, que le nota desorientado y con comportamiento extraño (3 días). El paciente refiere encontrarse bien a excepción de una cervicalgia de 4 días de evolución que atribuye a un viaje largo en coche. La mujer cuenta que el paciente ha presentado desconexiones del medio (no mira donde le dicen/le señalan, no responde a preguntas o no entiende del todo), que el paciente asocia a que en esos momentos piensa en el dolor, aunque reconoce lagunas mnésicas. Ha sentido náuseas y se ha provocado 1 vómito.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes. T<sup>o</sup> 35,8 °C. TA: 153/92 mmHg. FC: 72 lpm. SatO2: 99%. General. BEG. Consciente, parcialmente desorientado (tiempo). NHNPNC. Eupneico. Cabeza y Cuello. No IY. No adenomegalias. Columna vertebral. Palpación de apófisis espinosas y musculatura paravertebral no dolorosa. Buena movilidad cervical. Tórax. AC rítmica sin soplos. AP: MVC. Abdomen anodino. EEII no edematosas, sin signos de TVP. SNC. PICNR. MOEs normales. Campimetría por confrontación: hemianopsia derecha. Resto de pares craneales normales. No claudica en Barré ni Mingazzini, con balance muscular global 5/5. Sensibilidad superficial normal. No dismetría apendicular. RCP flexor bilateral. ROT presentes y simétricos. Romberg negativo. Deambulación adecuada. Dificultad para el cálculo. Inatención, hay que repetirle órdenes, se intoxica con órdenes complejas. Leve disfasia, nomina 8/10. Actitud indiferente. TAC craneal. Lesión occipitotemporal izquierda (3,2 × 4,7 cm), de bordes irregulares con centro necrótico, edema perilesional importante, borramiento de surcos y captación de contraste en anillo.

**Juicio clínico:** Tumor cerebral.

**Diagnóstico diferencial:** Primario vs. Metástasis.

**Comentario final:** Se contacta con Neurología y Neurocirugía y se decide ingreso para tratamiento médico (corticoterapia y levetiracetam profiláctico) y para completar estudio (se solicita RMN cerebral y marcadores tumorales, todos negativos). 3 días después es trasladado a su Hospital de Referencia para continuar allí tratamiento y estudio. El 10% de los tumores cerebrales son primarios (90% metástasis), estos ocupan el 13º lugar en frecuencia de todos los cánceres y son la 3<sup>a</sup> causa de muerte por cáncer en el adulto. En España hay unos 8,73 casos por 100.000 habitantes/año en varones y 5,41 en mujeres, con una tasa de mortalidad de 4,3. Los tipos más frecuentes en adultos son glioblastoma multiforme, astrocitoma anaplásico y meningioma. Los síntomas precoces pueden ser escasos. Con el tiempo, aparecen por aumento de presión intracranial,

invasión, destrucción o compresión local. Existen dos tipos de síntomas: no focales (por aumento de PIC), y focales (secundarios a la localización por alteraciones funcionales de la zona de tejido afectada). El glioblastoma multiforme (astrocitoma grado IV) es el subtipo histológico más frecuente y agresivo de los gliomas. Es más frecuente en varones, generalmente edades de 45-70 años, y se localiza habitualmente en los hemisferios cerebrales. Una adecuada evaluación de un paciente con sospecha de tumor cerebral incluye una historia detallada, exploración neurológica completa y estudios de imagen apropiados. Para el diagnóstico se requiere una muestra histopatológica. Dentro del tratamiento médico hay que valorar glucocorticoides en dosis altas (reduce edema peritumoral y presión intracraneal; evitar si sospechamos linfoma) y anticonvulsivantes (si historia de actividad convulsiva y en profilaxis perioperatoria).

## Bibliografía

Fisterra. <https://www-fisterra-com.scsalud.a17.csinet.es/guias-clinicas/neoplasias-cerebrales/>

Uptodate. [https://www-uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/overview-of-the-clinical-features-and-diagnosis-of-brain-tumors-in-adults?topicRef=5228&source=see\\_link](https://www-uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/overview-of-the-clinical-features-and-diagnosis-of-brain-tumors-in-adults?topicRef=5228&source=see_link)