Semergen. 2017;43(Espec Congr 14):39

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

269/48 - ¡ME DUELE LA CABEZA!

L. Brioso Castillo[a], A. Martínez García[b], S. Rodrigo Brualla[c] y M. Guevara Salcedo[d]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María de Guzmán. Alcalá de Henares. Madrid.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid.[c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canillejas. Madrid.[d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años, sin Antecedentes personales de interés, acude por primera vez a Urgencias por cefalea holocraneal de pocas horas de evolución sin otro síntoma acompañante, analíticas y exploración neurológica normal se pauta analgesia que mejora y se decide dar el alta. A los dos días, vuelve a consultar por cefalea de iguales características, sensación distérmica y mareos, durante su estancia presenta cuadro confusional agudo de segundos de duración, por lo que se le solicita TAC craneal Urgente...

Exploración y pruebas complementarias: Durante su estancia en Urgencias buen estado general, TA: 120/69 mmHg, Exploración neurológica sin focalidad, analíticas sanguíneas anodinas, se solicita TAC craneal: lesión pseudonodular en tálamo derecho con hidrocefalia secundaria, sugestivo de Glioma de alto grado. Se deja ingresado en Neurocirugía solicitando RM al día siguiente confirmando el diagnóstico y extensión a mesencéfalo, este mismo día se programa cirugía y se realiza extirpación completa hasta bordes sanos, AP glioblastoma grado IV de la OMS, inician ciclo de QT-RT (temozolamida); a los 3 meses y durante el tratamiento, presenta nuevo episodio de cefalea y diplopía por lo que se realiza nueva RM donde se objetiva recidiva Tumoral con mayor ocupación, focos de hemorragias secundarios y se desestima tratamiento quirúrgico, pautando QT adyuvante (irinotecan-bevacizumab) con mala respuesta al tratamiento, se decide seguimiento por cuidados paliativos, presentando rápido y progresivo deterioro del estado general y fallece al mes siguiente.

Juicio clínico: Glioblastoma (grado IV de la OMS).

Diagnóstico diferencial: Metástasis. Hemorragia cerebral espontánea. Absceso cerebral. Formas atípicas de esclerosis múltiple. Linfoma. Meningioma. Astrocitoma. Meningitis.

Comentario final: El glioblastoma multiforme es el tumor maligno más frecuente del sistema nervioso central en el adulto, con una incidencia del 90% entre los 50-65 años. La mediana de supervivencia desde el momento del diagnóstico, sin tratamiento, es de 3 meses, pero con él es común alcanzar una supervivencia de 1 o 2 años. Una buena puntuación inicial en la escala de Karnofsky (KPS, por sus siglas en inglés), edad menor de 50 años, extirpación más del 98% del tumor y RT con temozolamida, se asocian con una supervivencia más larga. En este caso nos llama la atención la rápida evolución y progresión de la enfermedad en este paciente que cumplía todos los criterios para una supervivencia más alargada, sin embargo ese no fue su caso, desde cuidados paliativos se mantuvo tratamiento con alta dosis de corticoides y

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

anticonvulsivantes, sin buena respuesta clínica a lo anterior.

Bibliografía

1. Martín-Risco M, Rodrigo-Paradells V, Olivera-González S, et al. Factores relacionados con complicaciones posquirúrgicas en pacientes de edad avanzada con glioblastoma multiforme. Rev Neurol. 2017;64(4):162-8.
2. DeAngelis LM, Loeffler JS, Adam N. Mamelak AN. Primary and Metastatic Brain Tumors. En: Pazdur R, Coia LR, Hoskins WJ, Wagman LD. Cancer Management: A Multidisciplinary Approach, 10th ed. 2007.
3. Muñoz Carmona DM, Faga Cantamessa C, García-Salazar Márquez M, et al. Nuevas perspectivas en el tratamiento paliativo del glioblastoma multiforme y astrocitoma anaplásico recidivado con implantes de carmustina. Oncología (Barc.). 2005;28(5):43-51.

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