



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

269/54 - ¿SÍNDROME CONFUSIONAL? ¿VÉRTIGO? ¿QUÉ SERA?

V. Choquehuanca Núñez^a, A. Nofan Maayah^b, M. Abuhassira^c, K. Baldeón Cuenca^d, B. Coll Bas^e y N. San Miguel Martín^b

^aMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tetuán. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. ^eCentro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 90 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, con cofosis OD, presbiacusia OI y presbivértigo con clínica de empeoramiento en último mes de episodios paroxísticos de giro de objetos a veces acompañado con síntomas vegetativos e inestabilidad de la marcha exacerbados por movimientos cefálicos bruscos de duración de minutos/horas/días sin otra clínica neurológica acompañante que acude a consultas por episodio de desorientación acompañado de TEC sin pérdida de conciencia. Motivo que se decide hacer derivación hospitalaria para realizar TAC craneal donde se encuentra una masa intraparenquimatosa temporo/parietal derecha hipodensa 45 mm diámetro compatible con tumoración maligna (GBM tipo IV de la OMS). Decidiendo desestimar tratamiento quirúrgico y complementario debido a la edad de la paciente y la evolución mediano/corto plazo funesto con valoración por equipo de medicina paliativa.

Exploración y pruebas complementarias: Escala Glasgow: 15 pts. Lenguaje adecuado, fluidez y coherencia con leve disartria, consciente orientado 3 esferas. Hemianopsia temporal derecha discreto facial central izquierdo. Claudica en Barre y Mitganzini con hemicuerpo izquierdo. TAC con contraste: masa intraparenquimatosa temporo/parietal derecha hipodensa 45 mm diámetro captante de contraste de forma de pared gruesa irregular rodeada de edema vasogénico con borramiento de surcos y colapso parcial de VL derecho compatible con tumoración cerebral maligna (GBM tipo IV de la OMS).

Juicio clínico: Lesión glial de alto grado (probable glioblastoma multiforme tipo IV OMS).

Diagnóstico diferencial: Hematoma subdural agudo AIT vs ictus lacunar.

Comentario final: El glioblastoma (GB) es el tumor primario cerebral más frecuente y el más agresivo. Su incidencia es de 3-4 casos por 100.000 habitantes por año. Es más frecuente en adultos, siendo la edad media al diagnóstico de 62 años. El 95% de pacientes con GB presentarán progresión o recurrencia de su enfermedad. En dicho caso puede plantearse de nuevo un rescate quirúrgico o una re-irradiación si la recaída es localizada, el estado general lo permite y técnicamente puede realizarse. EN el presente caso debido a la edad, comorbilidad de la paciente se desestimo toda opción terapéutica acordando con la familia el manejo por su MAP y equipo de paliativos para darle mejor calidad de vida en esta etapa avanzada de la enfermedad de la paciente.

Bibliografía

1. Hegi ME, Diserens AC, et al. MGMT gene silencing and benefit from temozolomide in glioblastoma. N Engl J Med. 2005;352(10):997-1003.
2. Keime-Guibert F, Chinot O, et al. Radiotherapy for glioblastoma in the elderly. N Engl J Med. 2007;356(15):1527-35.