



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

228/33 - SUBEPENDIMOMA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

J. Tandaipán Jaime^a, E. Cama Meza^b, V. Saviola^c y C. Faci Moreno^c

^aCAP Martorell. ^bMédico de Familia. ABS Pallejà. ^cMédico de Familia. ABS Martorell.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 37 años de origen polaco, sin antecedentes de interés, presenta desde hace dos meses cefalea de tipo tensional, acompañado de vértigo de forma insidiosa con componente ansioso, presentando en el último mes empeoramiento con las maniobras de Valsalva. Una semana antes de acudir al ambulatorio presenta alteración en la marcha.

Exploración y pruebas complementarias: Al examen físico presentaba las constantes vitales normales, en el examen neurológico destacaba nistagmus negativo, Barany no presente, lateralización de la marcha, hipoestesia en extremidades superiores y Romberg negativo. En pruebas complementarias. Analítica normal, en resonancia magnética: masa bien delimitada relacionada con el cuarto ventrículo. En la anatomía patológica se diagnostica de subependimoma.

Juicio clínico: Tenemos a un paciente joven que presenta un cuadro de cefalea con focalidad y signos de alarma, de inicio insidioso, curso progresivo, siendo enmascarado por la ansiedad que le acompaña, por lo que debemos tener en cuenta siempre una anamnesis completa, desde unos datos subjetivos como la percepción del paciente y objetivos (el examen físico), ya que de ello depende el manejo del caso y del pronóstico del paciente.

Diagnóstico diferencial: De acuerdo al diagnóstico diferencial tenemos que pensar en patologías de origen central, destacando por edad tumores primarios o metastásicos, causas de hipertensión endocraneana, malformaciones arteriovenosas e infecciones del sistema nervioso central.

Comentario final: El subependimoma es de muy lento crecimiento y es extraordinaria su transformación hacia otras neoplasias de mayor grado. Los subependimomas se desarrollan en las paredes o suelo del IV ventrículo en adultos de edad avanzada. La clínica suele ser consecuencia de la obstrucción del flujo de LCR a nivel del IV ventrículo y no derivada de infiltración de estructuras. La resección quirúrgica completa es curativa, pero en ocasiones no es necesaria debido al lento crecimiento del tumor y la edad avanzada de algunos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gomez Cuervo C, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, Hospital Universitario 12 de Octubre, 7^a ed, 2012.
2. Bibiano Guillén C. Manual de Urgencias, 2^a ed. Saned editorial, 2014.

3. Martí Massó JF. Neurología para médicos en atención primaria. 2011.

4. Aguirre Cruz L, Sotelo J. Tumores cerebrales. 2008.