Semergen. 2019;45(Espec Congr 17):52

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

469/62 - UN CASO DE GLIOBLASTOMA MULTIFORME

K. Lafont Jiménez[1], A. Gorostidi Sesma[2], A. Beltrán Olozábal[3], E. Cabrera Falcón[4]

[1]Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes. Logroño. La Rioja.[2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.[3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño. La Rioja.[4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 47 años sin antecedentes patológicos de interés ni tratamiento habitual. No fumador. Consumo ocasional de alcohol en pequeñas cantidades. Acudió a su MAP por presentar parestesias en hemicuerpo derecho; la mañana de la consulta despierta con hemiparesia derecha. No cefalea, náuseas ni otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar normal, no soplos carotideos. Destaca hemiparesia derecha, sin afectación de nervio facial. Ante la sospecha de lesión ocupante de espacio intracraneal vs accidente cerebrovascular se derivó en ambulancia a urgencias del Hospital de La Rioja donde se realizaron pruebas complementarias. Pruebas diagnósticas: glucosa, función renal, coagulación y ionograma normales, hemoglobina de 11,8 con microcitosis e hipocromía. TAC cerebral informo de lesión ocupante de espacio. Rx de tórax sin lesiones. Se ingresó a cargo de Neurología, se realizó RNM: LOE frontal derecha con captación de contraste en forma de anillo. PET negativo para lesiones a distancia. Un día después es derivado a Neurocirugía en Burgos donde se hizo resección incompleta y toma de biopsias para diagnóstico anatomopatológico. Desde entonces inicio tratamiento con radioterapia, temodal y dexametasona vía oral. Pasado un mes de tratamiento se hizo nuevo control con RNM demostrando progresión de la enfermedad. En las últimas semanas acudió a urgencias por mioclonías secundarias a irritación cortical, por lo que se inició levetiracetam. Actualmente en seguimiento por su MAP y cuidados paliativos.

Juicio clínico: Glioblastoma grado IV IDH nativo.

Diagnóstico diferencial: Lesiones que captan contraste en forma de anillo: metástasis, abscesos, lesiones desmielinizantes, linfoma (profunda, adyacente a los ventrículos), otros tumores.

Comentario final: Los glioblastomas multiformes o glioma grado IV es la forma más maligna de astrocitomas, son tumores agresivos del sistema nervioso central cuya morbilidad y mortalidad permanecen muy elevadas a pesar del tratamiento. Representan entre el 12% y el 15% de las neoplasias intracraneales y más del 60% de los tumores astrocíticos. El pico de incidencia por edad varía entre los 40 y 70 años. La localización tumoral más frecuente es la frontal, seguida por la temporal y constituyen un factor importante en el pronóstico y opciones terapéuticas.

Bibliografía

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010;48(2):121-6.

Diagnóstico por imagen. Cerebro, 2ª ed. Osborn. Marban.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.