



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

## 469/62 - UN CASO DE GLIOBLASTOMA MULTIFORME

K. Lafont Jiménez<sup>1</sup>, A. Gorostidi Sesma<sup>2</sup>, A. Beltrán Olozábal<sup>3</sup>, E. Cabrera Falcón<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes. Logroño. La Rioja.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño. La Rioja.<sup>4</sup>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 informó 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

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

Diagnóstico por imagen. Cerebro, 2<sup>a</sup> ed. Osborn. Marban.