



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/786 - Bradipsiquia

P. López Tens<sup>a</sup>, D. Fernández Torre<sup>b</sup>, A. Blanco García<sup>c</sup>, P. Hernández Martínez<sup>d</sup> y S. Díez Morales<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Parque Alameda-Covaresa. Área Oeste. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 60 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por alteración de conducta de 15 días de evolución que consistió en bradipsiquia, pobreza de ideas y conductas compulsivas objetivadas por la familia, además presentó astenia y mal estar general el mes previo. Decidimos envío al servicio de Urgencias por objetivar una desviación de comisura bucal y alteración de conducta no presente en visitas anteriores. Como antecedentes personales presentaba espondiloartropatía seronegativa, hiperlipemia mixta, fumadora con un índice acumulado de 106 paquetes año y uveítis anterior de repetición en seguimiento por Oftalmología en tratamiento con prednisolona 2% colirio, lovastatina 20 mg, leflunomida 20 mg y metoprolol 47,5 mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 120/80, FC: 75, T<sup>a</sup>: 36º, SatO2: 98%, Glasgow: 15. Buen estado general. Consciente y orientada en espacio, tiempo y persona. Exploración cardiopulmonar y abdominal anodina. En la exploración neurológica destacó bradipsiquia, lenguaje reiterativo e interrupciones constantes en la exploración con fuga de ideas. Parálisis facial central y diadococinesia. Hemograma y bioquímica dentro de los parámetros de normalidad. TC craneal: masa intraparenquimatosa frontal derecha de predominio hipodenso con importante edema perilesional, que genera expansividad severa con colapso del VL derecho y desviación de línea media de 8 mm. En el estudio tras inyección de contraste cabe destacar la presencia de captación del mismo por los contornos sólidos de la tumoración con importante necrosis central, mostrando unos diámetros de 53 × 50 mm. Las imágenes descritas compatible con tumoración glial primaria (glioblastoma).

**Juicio clínico:** LOE cerebral sugestiva de glioblastoma multiforme.

**Diagnóstico diferencial:** Se estableció el diagnóstico cerebral en la consulta de primaria entre cuadro de isquemia cerebral y tumoración/metástasis cerebrales por el síndrome general asociado.

**Comentario final:** El glioblastoma multiforme es un tumor primario cerebral que debuta con síntomas tan variados como cefalea, pérdida de memoria, crisis epilépticas, cambios de personalidad, y dificultades de coordinación. La extensión es extremadamente rara. El diagnóstico definitivo se establece con la anatomía patológica mediante biopsia de la lesión. El tratamiento consiste en la combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia. El pronóstico es muy grave, con una supervivencia media de un año tras su diagnóstico, por ello requiere un tratamiento muy agresivo y sobre todo una detección temprana de síntomas de alarma. En el

caso de nuestra paciente resaltamos la importancia que tuvo conocer la personalidad habitual de la paciente, objetivándose la alteración de conducta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kapoor A, Mohindra S, Singla N, Sodhi HB, Chatterjee D, Gupta SK. Multiple glioblastoma: A diagnostic challenge and controversies in management. *Neurol India*. 2015.
2. Sachdev B, Rees J. Incidentalomas to glioblastoma multiforme. *Oxf Med Case Reports*. 2014.
3. Melguizo-Gavilanes I, Bruner JM, Guha-Thakurta N, Hess KR, Puduvali VK. Characterization of pseudoprogression in patients with glioblastoma: is histology the gold standard? *J Neurooncol*. 2015.
4. Alomar SA. Clinical manifestation of central nervous system tumor. *Semin Diagn Pathol*. 2010.
5. Nussbaum ES, Djalilian HR, Cho KH, Hall WA. Brain metastases. Histology, multiplicity, surgery, and survival. *Cancer*. 1996.