



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2427 - Doctor, la Sidra me cae mal

N.A. Imbachí Zambrano<sup>a</sup>, A.A. Moronta de la Cruz<sup>b</sup>, S. Reguero Celada<sup>c</sup>, A.I. Zambrano Paz<sup>d</sup>, N.O. Zambrano Paz<sup>e</sup>, A. Schneider Núñez<sup>f</sup>, A.N. Romero García<sup>g</sup>, A. Rodrigo Granda<sup>h</sup>, L. Álvarez Rodríguez<sup>h</sup> y R. del Pozo Pisabarro<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León. <sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias 2. Valladolid oeste. Valladolid. <sup>f</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. <sup>g</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. <sup>h</sup>Médico residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud José Aguado. León. <sup>i</sup>Médico Residente 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Eras de Renueva. León.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 47 años, residente de León, antecedente quirúrgico de hernia discal lumbar, no otro antecedente. Acude a la consulta de su médico de atención primaria, refiriendo que desde hace varios días presenta sensación de que no mide bien las distancias y se golpea con los muebles y nota que no puede controlar la mano izquierda (no puede cortar la carne), mantiene la fuerza y la sensibilidad. Comienza a notar los síntomas mientras estaba en una barbacoa tomando sidra, por lo que pensó que le había caído mal. No cefalea, no otro síntoma.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 130/80 FC: 76 Exploración neurológica: pupilas isocóricas fotoreactivas, pares craneales normales, Marcha normal, no dismetría, Romberg (-), no claudica en Barré ni en Mingazzini, fuerza y sensibilidad conservada. Auscultación cardiopulmonar: normal. Hemograma y bioquímica normal. RNM craneal: imagen quística de 2 cm subcortical en región fronto-parietal derecha, que puede ser compatible con quiste neuroglial que ha sangrado en su interior. El paciente es intervenido quirúrgicamente en Madrid, resecando totalmente la lesión. Histología: múltiples espacios vasculares de distintos tamaños, con paredes hialinizadas con contenido hemático, intraluminal. Imágenes histológicas compatibles con cavernoma. EEG pos QCO: muestra algunas anomalías a modo de potenciales theta y ondas agudas en región fronto-parietal derecha, con ocasional trasmisión contralateral. Actualmente con revisiones por neurología y neurocirugía normales, y en tratamiento con KEPRA 500 mg, en rehabilitación con evolución favorable.

**Juicio clínico:** Cavernoma.

**Diagnóstico diferencial:** Defecto de refracción. Cuadro vertiginoso.

**Comentario final:** Los cavernomas son lesiones hamartomatosas vasculares, no encapsuladas y bien delimitadas formados por espacios vasculares, sinusoidales, sin parénquima cerebral entre ellos. Representan uno de los 4 grandes tipos de malformaciones vasculares del sistema nervioso central, junto a las anomalías del desarrollo venoso, las malformaciones arteriovenosas y la telangiectasia capilar. Su frecuencia real no es bien conocida, según series de autopsias, su prevalencia oscila en torno al 0,4% de los individuos, constituyendo del 5 al 13% de todas las malformaciones vasculares cerebrales (son la segunda en frecuencia

tras las anomalías del desarrollo venoso), suelen debutar entre la segunda y la quinta década de la vida. Habitualmente asintomáticos. Los cavernomas pueden afectar a cualquier parte del encéfalo y su presentación clínica va a depender fundamentalmente de su localización. Los lóbulos frontales y temporales son los afectados con mayor frecuencia, las crisis son la presentación más habitual, también pueden presentarse con cefalea, otros déficits neurológicos focales o hemorragias. Su diagnóstico es mediante estudio por imagen; la RMN es la principal técnica de imagen para diagnosticar evaluar a los cavernomas, con una sensibilidad claramente superior a la de la TC. Su apariencia es variable dependiendo del estadio de la hemorragia; la imagen más típica en los cavernomas no complicados es conocida como “lesión en palomitas de maíz”. Es importante el diagnóstico precoz por su asociación con las anomalías del desarrollo venoso y posible riesgo de sangrado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lesiones quísticas benignas intracraneales no-infecciosas/no-neoplásicas. Revisión y aportación de los distintos métodos de imagen. SERM.
2. Malformaciones cavernosas intracraneales: espectro de manifestaciones neurorradiológicas. Elsevier.
3. Fauci A. Harrison, Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed, Mc Graw Hill, 2012.