



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/789 - Trastorno del comportamiento y cefalea

M. Gutiérrez Soto<sup>a</sup>, M.D. Maestre Serrano<sup>b</sup>, L. Sánchez Camacho<sup>a</sup>, E. Sánchez Cañete<sup>b</sup>, A. López Matarín<sup>c</sup>, R.S. Fernández Márquez<sup>d</sup>, S. Larrasa Soriano<sup>e</sup>, F. Castaño Membrives<sup>f</sup>, A. Rubio Medina<sup>f</sup> y L. Ojeda López<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Zona I. Córdoba. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba. Zona I. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Guadalquivir. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarrubia. Córdoba. <sup>e</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Zona I. Córdoba. <sup>f</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Zona I. Córdoba. <sup>g</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almodóvar del Río. Zona I. Córdoba.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 58 años, que acude a urgencias derivado por su MAP por “despistes” con amnesia retrógrada y trastornos importantes del comportamiento (voces a la familia, cambios de humor, incoherencias), junto con cefalea hemicraneal derecha intensa progresiva de 2 semanas de evolución. También cambios de ánimo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente consciente y orientado. No signos meníngeos, no rigidez de nuca. Pares craneales sin déficit. Movilidad y sensibilidad de los 4 miembros conservada. Exploración muy limitada. Se solicita: analítica con 3 series: no alteraciones y TAC craneal sin contraste: proceso expansivo intraaxial temporoparietal derecho con edema perilesional digitiforme, comprime el sistema ventricular ipsilateral y produce desplazamiento de estructuras de la línea media de unos 3 mm. El paciente es derivado a neurología, donde se le realiza una R.M. que confirma la existencia de una masa temporal derecha, compatible con astrocitoma de alto grado.

**Juicio clínico:** Astrocitoma de alto grado. Las neoplasias del SNC representan el 1.4-2% de todas las neoplasias. Así, la media de años de vida perdidos en los pacientes afectados de un glioma maligno es de 20 años/paciente, siendo la primera causa de años de vida perdidos entre un total de 17 enfermedades. Los astrocitomas son los tumores cerebrales primarios más frecuentes constituyendo más del 50% de todos ellos, con una incidencia anual de 5-7 nuevos casos/100.000 habitantes. La incidencia es más alta en los individuos de raza blanca y la mortalidad es mayor entre los varones. El astrocitoma anaplásico y el glioblastoma representan el 38% de los tumores cerebrales primarios. Aparecen con más frecuencia en adultos más jóvenes. Aproximadamente el 4% de las personas con astrocitomas anaplásicos tienen varios tumores en el momento del diagnóstico.

**Diagnóstico diferencial:** Hemorragia subaracnoidea. Meningoencefalitis. Absceso cerebral. Infarto cerebral. Demencia. Migraña simple con y sin aura. Cefalea debido a medicación. Tratamiento: se realiza craneotomía temporal derecha con resección parcial de la neoplasia en abril de 2014. Posteriormente recibe radioterapia + quimioterapia con temozolamida en julio de 2014. Posteriormente se realizó una RM observándose una disminución de la lesión. Se plantea una línea adyuvante de quimioterapia según esquema CPT11 125 mg/m<sup>2</sup> D1 + bevacizumab 10 mg/kg D1 cada 2 semanas, quedando posteriormente con bevacizumab en

monoterapia, con respuesta parcial de la enfermedad en enero de 2015. Actualmente presenta progresión y se reintroduce tratamiento con Irinotecan, ha recibido 1 ciclo.

**Comentario final:** Ante un caso como el comentado es fundamental realizar una anamnesis tanto al paciente como en su entorno y exploración exhaustiva y metódica del paciente. La principal dificultad de estos casos reside en distinguir patología sin organicidad de base de aquellos que escondan una patología grave.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reulen HJ, Poepperl G, Goetz C, et al. J Neurosurg. 2015;3.1-11.
2. Liu A, Sankey EW, Bettegowda C, et al. J Clin Neurosci. 2015 Jun 30.
3. Yi-Bin Chen MD, David Zieve Leukemia/Bone Marrow Transplant Program, Massachusetts General Hospital. A.D.A.M. Editorial team. 2013.
4. British Neuro-Oncology Society/NCAT Rare Tumour Guidelines (June 2011).