



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4514 - PACIENTE CON HISTORIA DE 3 CARCINOMAS PRIMARIOS. DOCTORA, ¿ES POSIBLE TENER TAN MALA SUERTE?

M. Cabrera Utrera^a, A. Fernández Cruz^a, V. Fajardo Fernández^a, L. Duarte Perdigones^a y B. Henares Sánchez^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell. Barcelona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años que acude a urgencias por afasia motora y leve paresia de mano derecha de una semana de evolución. Refiere afasia de expresión y dificultad en la escritura (no para la lectura). Niega otra sintomatología. Explica inicio agudo de los síntomas al despertar, manteniéndose la clínica estable. AP: no alergias medicamentosas conocidas, exfumador desde hace 5 años, no hábito enólico. FRCV: HTA, DL en tratamiento médico. En 2006: intervenido por bocio multinodular, con hallazgo de microcarcinoma papilar de tiroides. En 2014 se realiza PSA a petición del paciente (10,9). Se deriva para estudio con resultado de adenocarcinoma de próstata moderadamente diferenciado (Gleason 7). Se practica prostatectomía radical con linfadenectomía ileoobturatriz y RDT posterior. Tratamiento habitual: Enalapril 10 mg 1c/24h, Eutirox 100 mg 1c/24h, simvastatina 10 mg 1c/24h.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 166/92 FC: 98x'. Glicemia capilar 101 mg/dl. Exploración cardiaca, pulmonar y abdominal N. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normoreactivas, MOEs conservados, no nistagmus. Leve paresia facial derecha, resto de pares craneales normales. Evoca con dificultad y disminución en la fluencia. Nominación y repetición conservada. No disartria. Paresia braquio crural derecha 4+/5. No alteración sensitiva ni meningismo. Analítica y sedimento normal. TAC craneal: lesión expansiva frontal anterior izquierda (25 x 27 mm) y captación heterogénea con edema asociado, borramiento de surcos contiguos y desplazamiento de ventrículo lateral izquierdo sin colección hemorrágica. Anatomía patológica: Glioblastoma grado IV. Se practica tumorectomía y radioterapia y quimioterapia adyuvante.

Juicio clínico: Glioblastoma grado IV en paciente había tenido previamente Carcinoma de tiroides y de próstata.

Diagnóstico diferencial: Ictus isquémico/hemorrágico descartado por tiempo de evolución e imagen de TC no compatible. Metástasis descartada por la AP.

Comentario final: El papel de la atención primaria ha sido fundamental en la sospecha diagnóstica y en el acompañamiento del paciente y de la familia a lo largo de estos años.

Bibliografía

1. Sulman EP, Ismaila N, Armstrong TS, Tsien C, Batchelor TT, Cloughesy T, et al. Radiation Therapy for Glioblastoma: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement of

the American Society for Radiation Oncology Guideline. J Clin Oncol. 2017;35(3):361-9.

Palabras clave: Glioblastoma. Neoplasia de tiroides. Neoplasia de próstata.