

Medicina de Familia. SEMERGEN



https://www.elsevier.es/semergen

242/4926 - LO QUE LA HIPOESTESIA ESCONDE...

M. Martínez Villar^a, M. Asensio García^a, P. Toral Buena^b, E. Domínguez del Brío^c, M. Rodríguez Lavalle^d y E. Bango Amat^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jardinillos. Palencia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Saldaña. Palencia. ^cMédico de Familia. Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA). ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jardinillos. Palencia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Jardinillos. Palencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 69 años, acude a consulta de AP por presentar hipoestesia en primer y segundo dedo de mano izquierda de una semana de evolución. Presenta mínima cefalea y sensación de aturdimiento. Su mujer refiere desviación de comisura bucal ese día. Antecedente de TCE frontal hace un mes y posterior síndrome vertiginoso tratado con betahistina. Antecedentes personales: Portador de marcapasos. Hernioplastia inguinal izquierda. Sin tratamiento actual.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Asintomático salvo hipoestesia en dedos mano izquierda. Glasgow 15. ACP normal. Abdomen: hernia inguinoescrotal derecha. EEII: edemas bilaterales. PIC, poco reactivas. Discreto nistagmus horizontal. Dudosa desviación comisura bucal. No alteración del lenguaje. Pares craneales normales. Fuerza conservada. Sensibilidad disminuida 1° y 2° dedos mano izquierda. Marcha normal. Durante la exploración comienza bruscamente con disartria, pérdida de fuerza en extremidades izquierdas, lateralización a la izquierda, somnolencia y cefalea. Se activa Código Ictus y se deriva a hospital de referencia. Se realiza TC craneal urgente: hemorragia intraparenquimatosa lobar frontoparietal derecha de 6×5 cm con marcado edema periférico, efecto masa sobre surcos, compresión del ventrículo lateral y desplazamiento de la línea media. Se traslada a Neurocirugía. Se realiza craniectomía y evacuación del hematoma urgente. En estudio AP se diagnostica de glioblastoma multiforme.

Juicio clínico: Hemorragia intraparenquimatosa secundaria a glioblastoma.

Diagnóstico diferencial: Ictus hemorrágico vs isquémico. Hemorragia secundaria.

Comentario final: El glioblastoma es el tumor cerebral más frecuente; supone el 2% de todos los tumores y el 50-60% de los tumores astrocitarios. Suele presentarse en adultos, con un pico entre los 45 y 70 años, y una relación varón/mujer 1,5:1. Los síntomas que pueden aparecer: cefalea, náuseas, vómitos o signos de focalidad neurológica. Otros síntomas inespecíficos son obnubilamiento y cambios de personalidad. Cabe destacar la importancia y rapidez en la detección de los escasos síntomas neurológicos y la activación del protocolo ante la posibilidad de diagnóstico de ictus tanto isquémico como hemorrágico.

Bibliografía

- 1. Kleihues P, et al. Glioblastoma. In: Kleihues P, Cavenee WK, eds. Pathology and genetics of tumours of the nervous system, World Health Organization classification of tumours, 2000. Lyon.
- 2. Martínez E, Rico M, Errasti M. Gliomas de alto grado. Manual de Oncología Radioterápica. Sociedad Española de Oncología Radioterápica, 2014.

Palabras clave: Hemorragia intraparenquimatosa. Glioblastoma.