



242/1961 - PORQUE NO TODO PROBLEMA DE MEMORIA U ORIENTACIÓN ES DEMENCIA

A. López Delgado^a, S. Quintana Cabeieces^b, V. González Novoa^c, L. Alli Alonso^d, A. Paramio Paz^a y N. López Arroyo^e

^aNeurofisiología Clínica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de Rehabilitación. Médico de Familia. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. Cantabria. ^cFEA

Rehabilitación. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. ^eMédico de Familia. PAC Las Arenas. Vizcaya.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años que acude a nuestra consulta de atención primaria acompañada de su hija, nos comentan que en los últimos 9 meses ha sufrido alteración de la memoria inmediata y algún episodio de desorientación temporo-espacial pasajero. Antecedentes personales: obesidad.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada en las 3 esferas en el momento de la exploración. Facultades intelectuales conservadas, lenguaje adecuado, sutil bradiplalia. Pares craneales: normales. No se objetiva focalidad neurológica clara. Romberg positivo. Resto de la exploración anodina. Se realiza MINI Mental Test: 33. Se deriva a la paciente al servicio de neurología quién solicita TAC cerebral: meningioma de la hoz inter-hemisférica. Se sigue en consulta de neurocirugía y ante crecimiento tumoral se decide intervención quirúrgica para exéresis.

Juicio clínico: Meningioma cerebral grado I.

Diagnóstico diferencial: Demencia precoz. Enfermedad de Alzheimer. Patología psiquiátrica. Episodios de amnesia transitoria. Crisis parciales epilépticas.

Comentario final: Los meningiomas representan aproximadamente un tercio de los tumores primarios del sistema nervioso central, que ocurren principalmente en mujeres. La etiología del meningioma es desconocida. Sin embargo, existe una clara asociación con la exposición previa a la radiación. Las lesiones de grado I de la OMS son benignas y generalmente tienen un pronóstico favorable, mientras que los meningiomas atípicos (grado II) y malignos (grado III) son sustancialmente más propensos a reaparecer. Muchos meningiomas son de crecimiento lento y descubiertos incidentalmente en un estudio de neuroimagen. Estos pueden ser asintomáticos o mínimamente sintomáticos. Como fue el caso de nuestra paciente. El manejo de los pacientes con meningioma requiere un delicado equilibrio entre el tratamiento definitivo del tumor y la evitación del daño neurológico debido a ese tratamiento. Los factores específicos del paciente (presencia o ausencia de síntomas, edad, comorbilidades) y la ubicación del meningioma en relación con las estructuras y regiones críticas del cerebro son factores importantes para determinar el tratamiento

óptimo.

Bibliografía

1. Marosi C, Hassler M, Roessler K, et al. Meningioma. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2008;67:153.
2. Claus EB, Bondy ML, Schildkraut JM, et al. Epidemiology of intracranial meningioma. *Neurosurgery*. 2005;57:1088.
3. Yano S, Kuratsu J, Kumamoto Brain Tumor Research Group. Indications for surgery in patients with asymptomatic meningiomas based on an extensive experience. *J Neurosurg*. 2006;105:538.

Palabras clave: Meningioma. Memoria. Desorientación.