Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 611

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/1284 - DOCTOR, LLEVO UNOS DÍAS QUE NO ATINO A CAMBIAR DE MARCHA CORRECTAMENTE

E. López Gómez[a], L. Gómez Sánchez[a] y A. Pérez Pérez[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años. AP: fibrilación auricular crónica, fumador, espondilitis anquilosante, diabetes mellitus, asma. Tratamiento: acenocumarol, empaglifozina. Profesión: trabajador de refinería. IQ reciente de hombro derecho. MC: paciente acude a centro de salud refiriendo "que desde hace 3 o 4 días de forma intermitente no atina a cambiar de marcha ni a coger cosas con su mano derecha" lo achaca a intervención reciente de hombro derecho. También sufre olvidos, aunque dice que siempre ha sido muy distraído.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, BhyP, eupneico, COC, Glasgow 15/15. AC: arrítmico a 80 lpm no soplos. AP: MVC sin ruidos añadidos. Exploración neurológica: PINRLA, marcha inestable con tendencia a caída hacia la derecha, disfasia intermitente, descoordinación intermitente en miembros derechos. TA: 130/65, glucemia: 154. ECG: fibrilación auricular a 80 lpm. Ante tales hallazgos en la exploración, se remite a SUH para descartar patología aguda SNC. En SUH se realiza TAC craneal: formación hipodensa de aprox. 3,5 cm a nivel parietal posterior izquierdo con importante edema perilesional. Pequeño foco denso de aprox. 4 mm (posible sangrado) en zona craneal de tumoración. El edema provoca efecto masa sobre la cisura de Silvio ipsilateral a la que colapsa. RMN: lesión ocupante de espacio, de contenido necrótico, captación en anillo y rodeada de edema vasogénico. Hallazgos que sugieren tumor glial de alto grado (glioblastoma). TAC toraco-abdominal: sin lesiones. Ante tales hallazgos se contacta con Neurocirugía: que tras valoración programa exéresis de LOE con buena evolución posquirúrgica con diagnóstico

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

definitivo de glioblastoma multiforme estadio IV OMS. Tras exéresis se pauta tratamiento con QT+RT. Evolución en última RMN se aprecia: resto o recidiva del glioblastoma multiforme ya conocido y tratado en región parietal parasagital izquierda apreciándose una lesión multiloculada con captación en anillo con necrosis intratumoral y edema vasogénico perifoca muy evidente.

Orientación diagnóstica: Glioblastoma multiforme.

Diagnóstico diferencial: ACVA isquémico. ACVA hemorrágico. Vértigo.

Comentario final: El estar pendiente a signos/síntomas que el paciente quita importancia como el realizar una buena anamnesis y sobre todo una exploración exhaustiva y detallada (en este caso en concreto neurológica) en búsqueda de signos de alerta que nos puedan orientar hacia patologías graves tiene que ser algo primordial en nuestra consulta de atención primaria

Bibliografía

1. Karsy M, Yoon N, Boettcher L, et al. Surgical treatment of glioblastoma in the elderly the impact of complications. J Neurooncol. 2018;138(1).

Palabras clave: Glioblastoma multiforme. Vértigo. Exploración neurológica.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.