

347/3834 - DOCTORA, MI CUERPO NO RESPONDE

M. Lomas Alarcón^a, I. Blancas Sánchez^b y A. García Vélez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azahara-Occidente. Córdoba. ^bMédico de Familia. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: No antecedentes de interés. Varón de 61 años que acude por sensación de inestabilidad para la marcha en MMII y cefalea, con posteriores convulsiones mioclónicas de hemicuerpo izquierdo sin pérdida de conocimiento.

Exploración y pruebas complementarias: Neurológica: mioclonías en MMII. No alteración de pares craneales, ni pupilas. Habla normal y el paciente está consciente y orientado en tiempo y espacio. TAC cráneo en el que se ve patología por lo que se hace TAC con contraste y posteriormente RMN.

Orientación diagnóstica: LOE parietal derecha.

Diagnóstico diferencial: Tumor cerebral primario. Metástasis cerebrales. Linfoma primario. Toxoplasmosis. Absceso piógeno. Tuberculosis cerebral. Quiste hidatídico.

Comentario final: El glioma es un tipo de neoplasia que se produce en el cerebro. Se llama glioma, ya que surge a partir de células gliales. Su ubicación más frecuente es el cerebro. Los gliomas de alto grado corresponden al 25% de los tumores primarios del SNC. Las manifestaciones clínicas de los gliomas malignos son variadas y dependen, en gran medida, de la localización de la lesión. Dentro de las presentaciones clásicas destaca en el 50% de los pacientes la presencia de cefalea. La técnica de imagen inicial que se utiliza es el TAC, si bien la técnica de elección para el diagnóstico es la Resonancia Magnética cerebral. La presencia de captación de contraste en la secuencia de T1 con gadolinio muestra un aumento en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica y es característica de lesiones de alto grado. Tratamiento: resección quirúrgica: reconoce 3 objetivos: tomar una muestra para el diagnóstico histológico, aliviar sintomatología y prolongar la supervivencia. Se acepta como terapia quirúrgica de elección una resección total segura, que equivale a la resección de la zona captadora de contraste sin agregar morbilidad neurológica.

Bibliografía

1. Wrensch M, Minn Y, Chew T, et al. Epidemiology of primary brain tumors. Current concepts and review of the Literature. Neuro-Oncology. 2002;4:278-99.
2. De Angelis LM. Brain Tumors. N Engl J Med. 2001;344:114-23.
3. Van Breemen M, Wilms EB, Vecht CJ. Epilepsy in patients with brain tumours: epidemiology, mechanisms, and management. Lancet Neurol. 2007;6:421-30.

4. Sanai N, Berger MS. Operative Techniques for gliomas and the value of extent of resection. Neurotherapeutics. 2009;6:478-86.

Palabras clave: Lesión ocupante de espacio. Glioma de alto grado. Convulsiones mioclónicas.