



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/372 - LA IMPORTANCIA DE CREER AL PACIENTE...

P. Mayor Heredia^a, M. Balboa Alonso^b, M. Pastor Romero^b e I. Tárrega Ferrer^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Integrado El Campello. Alicante.^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CSI El Campello. Alicante.^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CSI El Campello. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años con hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento. Esteatosis hepática. Epilepsia parcial en tratamiento que acude al centro de salud por cuadro de 5 días de evolución. Refiere hemiparesia izquierda de inicio craneocaudal, ocasionándole caídas frecuentes en su domicilio. Acompañando, astenia sin pérdida de peso. No fiebre. No disnea. No otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Constantes normales. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica: Consciente y orientada. Lenguaje conservado. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares conservados. Ligera paresia facial con desviación comisura labial izquierda. Resto pares craneales normales. Sensibilidad conservada. Fuerza miembro superior e inferior derecho 5/5, miembro superior e inferior izquierdo 5/5. Claudicación en miembros izquierdos. Reflejos osteomusculares conservados. Reflejo cutáneo plantar extensor izquierdo, flexor derecho. Ligera desviación de la marcha hacia la izquierda. Radiografía tórax normal. Analítica sangre: leucocitos 13.500, neutrófilos 88,4%, linfocitos 8,4%. Coagulación normal. Bioquímica: glucosa 191, resto normal. Marcadores tumorales negativos. Tomografía axial computarizada: lesión parafalciana frontal derecha, heterogénea, diagnóstico diferencial con metástasis cerebral vs tumoración primaria cerebral, no herniación. PET-TAC: nódulo mama derecha, con resultado negativo tras biopsia. Resto estudio extensión negativo. Se realiza extirpación quirúrgica de la lesión, resultado de glioblastoma grado IV. Tras cirugía se realiza radioterapia.

Orientación diagnóstica: Tumoración intracranal.

Diagnóstico diferencial: Accidente isquémico cerebral. Lesión tumoral. Trastorno del movimiento.

Comentario final: El glioblastoma multiforme representa entre el 12 y 15% de las neoplasias intracraneales y más del 60% de los astrocíticos. Son tumores agresivos. Debutan entre los 40-70 años aproximadamente y la mayoría son tumores primarios. Se localizan en hemisferios cerebrales sin casi afectar a cerebro y médula espinal. La histología da un patrón heterogéneo con alto grado de celularidad, pleomorfismo con proliferación microvascular y necrosis. Los síntomas varían según la localización del tumor y tamaño, pero suele ser cefalea, vómitos, confusión, parestesias, pérdida de fuerza y del equilibrio. El tratamiento suele ser la extirpación quirúrgica y radioterapia.

Bibliografía

1. González Trujillo F, Castro Noriega C, Castro Ramírez OJ, et al. Glioblastoma multiforme actualización. Acta Neurología Colomb. 2014;30(4):282-9.
2. Batchlero T, Shin HA, Loeffler J, et al. Management of glioblastoma in older adults. UpToDate, 2018.

Palabras clave: Glioblastoma multiforme. Tumor cerebral. Adultos.