

## 424/1186 - TODO NO ES CURAR

Y. Prados Rodríguez<sup>1</sup>, P. Rivas del Valle<sup>2</sup> y E. Romero Ramírez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Evaristo Domínguez. Cádiz. <sup>2</sup>Médico de Familia. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. <sup>3</sup>Nefrólogo. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 81 años con DM, HTA, dislipemia, FA paroxística y meningioma anaplásico parietal derecho con exéresis completa, posteriormente radioterapia. Desde enero presenta lesión subcutánea del área parietal derecha en relación con craneotomía con crecimiento progresivo sugestiva de progresión neoplasia. Se desestimó actitud quirúrgica y se comenzó tratamiento con lanreotida autogel. Acude por tiritona junto alteración del lenguaje, coordinación y disminución de fuerza. No fiebre. Desde hace un mes episodios de hemorragia a través de lesión tumoral. Se realizó arteriografía.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general. Tendente al sueño. Apertura ocular a la llamada y obedece órdenes sencillas. No contesta preguntas sencillas. Lesión parietal derecha de más de 20 cm de diámetro. Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y la acomodación. Pares craneales normales. Reflejo cutáneo plantar bilateral flexor. TAC: gran masa parietal derecha extracraneal con hematoma agudo en interior. Cambios postquirúrgicos en calota parietal derecha. A nivel extraaxial lesiones sugestivas de focos de sangrado en evolución. Edema vasogénico que produce efecto masa sobre el hemisferio cerebral derecho, colapsa el ventrículo lateral y desvía la línea media. Se ingresa para estabilización clínica. Se desestima actitud quirúrgica. Sólo sería candidata a embolización carotídea para control hemorrágico si mejoría. A pesar de tratamiento comienza con empeoramiento clínico con disminución de nivel de conciencia. Se acuerda limitación de esfuerzos terapéuticos con la familia falleciendo posteriormente.

**Orientación diagnóstica:** Meningioma anaplásico (grado III OMS) parietal derecho con progresión local a nivel parieto-temporal derecho irresecable.

**Diagnóstico diferencial:** Hemorragia neoplásica. Anemia secundaria a hemorragia tumoral. Edema cerebral.

**Comentario final:** Los meningiomas suelen ser benignos, de crecimiento lento con heterogeneidad morfológica. Representan el 24-30% de los tumores intracraneales primarios, entre 10-15% son considerados anaplásicos o malignos que a diferencia del resto afectan más a hombres. Las manifestaciones clínicas son variables. El tratamiento resulta complejo y en muchos casos no se consigue controlar la afección. El pronóstico es letal, independientemente de la disponibilidad tecnológica y terapéutica por lo que como médicos de familia debemos acompañar en el proceso evolutivo y según la legislación vigente garantizar una muerte digna.

### Bibliografía

1. Kessler RA, Garzon-Muvdi T, Yang W, et al. Meningioma metastásico atípico y anaplásico: una serie de casos y revisión de la literatura. *World Neurosurg.* 2017;101:47-56.

**Palabras clave:** Meningioma anaplásico. Recurrencia local.