



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/385 - TORPEZA AL HABLA ¿DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN?

L. González Calzado, S. Camacho Reina y P. Jiménez Albarca

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años sin alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes personales de interés. Fumador de 20 cig/día. Acude a consulta refiriendo desde hace aproximadamente dos meses, mayor torpeza al hablar, hormigueo y pérdida de fuerza en brazo y pierna derecha con cierta sensación de inestabilidad. No alteración visual. No fiebre. No cuadro constitucional asociado. No viajes recientes. No tiene animales. No relaciones sexuales de riesgo ni consumo de tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado en las 3 esferas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Lenguaje disártrico. Pérdida de surco nasogeniano derecho. Restos de pares craneales normales. No nistagmo. No disimetría ni adiadococinesia. Tono normal. Fuerza global y segmentaria conservada. Parestesias en miembro superior derecho y miembro inferior derecho. Reflejos osteotendinosos simétricos, no exaltados. Reflejos cutáneo-plantares indiferentes. Marcha inestable con tendencia a desviación a la derecha. Se deriva Urgencias para estudio y realización de prueba de imagen. TAC craneal: lesión ocupante de espacio cerebral. Ante la sospecha de neoplasia cerebral se decide ingreso en Medicina Interna.

Orientación diagnóstica: Se deriva a Neurocirugía que, tras biopsia de la lesión, se concluye el diagnóstico de glioblastoma multiforme IDH nativo, no metilado de cuerpo calloso bihemisférico.

Diagnóstico diferencial: Linfoma, absceso cerebral, enfermedad desmielinizante.

Comentario final: El diagnóstico de sospecha de lesión a nivel cerebral se puede establecer por una adecuada exploración neurológica, siendo necesaria las pruebas de imagen y biopsia para su confirmación. A día de hoy los factores de riesgo ambientales asociados a tumores cerebrales son desconocidos, siendo la radiación ionizante el único firmemente establecido. Destacamos la importancia de la atención primaria en el primer punto de partida en el diagnóstico de sospecha y posterior seguimiento del paciente, ya que estamos con la persona en todas sus fases de la enfermedad y no centrándonos únicamente en la patología clínicamente estricta.

Bibliografía

1. Dominique M, Tracy B. Risk factors for brain tumors. UpToDate [Internet]. 2017 [citado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-brain-tumors>
2. Aljure V de J, Pulido-Arias EA, Rodríguez-Monroy JA, Rodríguez-Mateus MN, Ramos-Hernández JA. Diagnóstico diferencial de lesiones cerebrales con realce en anillo en tomografía computarizada y resonancia magnética. Duazary. 2016;13(2):149-58.

Palabras clave: Disartria. Glioblastoma. Cuerpo calloso.