



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

482/944 - PRESENTACIÓN DE NEOPLASIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

E. Vázquez Alonso¹, S. Puerta Pérez², R. Junquera Meana³ y M. Fernández González³

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 22 años sin antecedentes relevantes conocidos. No hábitos tóxicos. Hace un mes comenzó con dolor en miembro inferior derecho que le dificultaba la deambulación y vómitos que se achacó ansiedad. Posteriormente persistieron los vómitos y disminuyó las ingestas perdiendo unos 10 kg. Valorado en el Servicio de Urgencias donde se le realizó un TC craneal, ecografía abdominal y gastroscopia con toma de biopsia, sin hallazgos patológicos. Evaluado por Salud Mental que lo diagnostica de ansiedad iniciando tratamiento con benzodiazepinas con lo que inicialmente mejora, pero posteriormente empeora la marcha por lo que se le asocia al tratamiento ISRS. Acude de nuevo a urgencias por alteraciones en la marcha, presentando marcha atáxica y diplopía en la mirada horizontal. Así como vómitos biliosos, sin otra clínica abdominal. Niega consumo de drogas ni otros tóxicos. No clínica cardiorrespiratoria.

Exploración y pruebas complementarias: Neurológica: consciente y orientado. Leve disartria. Campimetría por confrontación normal. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Nistagmo horizontal con la levoversión. Ligera ptosis del ojo izquierdo. Facies centrada y resto de pares craneales sin alteraciones. Fuerza y reflejos conservados. Reflejo cutáneo-plantar flexor. Sin dismetrías ni disdiadocinesia. Romberg positivo. Marcha atáxica con aumento de la base de sustentación. ACP, abdomen y miembro inferior: sin hallazgos. Analítica, ECG y radiografía de tórax: sin hallazgos de interés. Ante la sospecha de una encefalopatía de Wernicke (marcha atáxica, alteración de los pares oculares, astenia...) se administra tiamina e ingresa para complementar estudios: RM cerebral: lesión compatible con tumoración glial infiltrante de bulbo. Se suspende tiamina y se comienza corticoterapia hasta tratamiento radioterápico.

Orientación diagnóstica: Tumor glial infiltrante.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad, encefalopatía, patología osteomuscular.

Comentario final: Los tumores primarios SNC suponen en adultos el 2% de las neoplasias. Los más frecuentes son los meningiomas seguidos de los gliomas. Los síntomas suelen presentarse de forma rápida y brusca, siendo poco específicos inicialmente. Por tanto, ante síntomas que evolucionen de forma rápida o presenten alteraciones del movimiento, de la sensibilidad o del lenguaje debemos descartar patología del sistema nervioso y no achacarlos exclusivamente a patología psiquiátrica.

Bibliografía

- Pérez-Segura P, Tumores cerebrales. Sociedad Española de Oncología Médica. Diciembre 2019.

Palabras clave: Tumor glial. Ataxia. Neoplasia.