



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

## 333/190 - DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO, UN GRAN ABANICO DE POSIBILIDADES

M. Pérez Valencia<sup>1</sup>, M. Suárez Pineda<sup>2</sup>, R. García Romero<sup>1</sup>, C. Montesinos Asensio<sup>2</sup>, M. Parra Morata<sup>2</sup>, G. García Hernández<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia.<sup>3</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 29 años sin antecedentes de interés, excepto fumador de cannabis habitual, que acude a la consulta porque al levantarse nota “sensación de torpeza” en su hemicuerpo izquierdo. Refiere alteraciones en la sensibilidad de hemicuerpo izquierdo e inestabilidad al caminar. A la exploración neurológica básica en la consulta, el paciente presenta Romberg positivo con claudicación de ambos miembros izquierdos y alteraciones de la sensibilidad táctil y de la fuerza (2/4) en MSI y MII. Dada la instauración brusca y la gravedad de la sintomatología se remite a servicio de urgencias para estudio, donde realizan TAC cerebral y analítica. En TAC se observa gran LOE frontal derecha, se instaura tratamiento antiedema con corticoides (Dexametasona 16 mg iv) y se ingresa a cargo de Neurocirugía para ampliar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente y orientado. Tº 37; TA 122/65 mmHg; FC: 68 lpm. Glasgow: 15. NRL: habla fluente, sin afasias. Pupilas normoreactivas e isocóricas. PPCC conservados. Sensibilidad y fuerza disminuidas (2/3), Espasticidad en MMII. Romberg izquierdo positivo. No rigidez de nuca. Analítica general normal. TAC craneal urgente: LOE frontal derecha de 5,6 x 4 x 5,3 de tamaño con captación fina irregular periférica de contraste y con efecto masa poco significativo. RMN cerebral en planta: Tumoración necrótica frontoparietal derecha, e infiltrante parietal izquierda, atribuibles a probable tumor glial de alto y bajo grado de malignidad.

**Juicio clínico:** LOE frontal derecha a estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Ictus ACM derecha, Esclerosis múltiple, Meningitis aguda.

**Comentario final:** Ante una sintomatología neurológica aguda debemos tener en cuenta que existen causas cuyo tratamiento es tiempo-dependiente (como neuropatía isquémica), por lo que no debemos demorar su diagnóstico y su derivación al hospital de referencia para estudio y tratamiento óptimo. No nos debe despistar el hecho de que estemos ante un paciente joven sin antecedentes de interés. Los gliomas son los tumores primarios del SNC más frecuentes. Se clasifican según la velocidad de división y aspecto celular histológico. El tratamiento y pronóstico dependen fundamentalmente del grado del tumor.

### Bibliografía

Louis DN, Perry A, Reifenberger G, et al. The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Acta Neuropathol* 2016; 131:803-20.

**Palabras clave:** Pérdida fuerza, déficit sensitivo, glioma.