



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/403 - DOCTORA, ESTA NO ES MI MADRE...

M. Rodrigo Molina^a, J. Jódar Sánchez^b, E. Santiago Carranza^c, S. Martínez Díz^d, M. Romero Mayo^e y R. García García^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huétor Tájar. Granada. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. Granada. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Huétor Tájar. Granada. ^dMédico de Familia. Centro de Salud La Zubia. Granada. ^eMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Salvador Caballero. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 83 años con antecedentes de HTA, DM no insulínica y FA anticoagulada con Sintrom, acude a urgencias de atención primaria traída por su hija por inestabilidad de la marcha, con caídas frecuentes. Además la hija refiere que la encuentra más torpe y con cambios en la conducta y despistes más frecuentes en las últimas semanas. Desde hace 72 horas presenta desviación de comisura bucal hacia la izquierda respetando musculatura frontal. Nos cuenta la hija que la nota diferente y que está preocupada. No presenta fiebre ni dolor abdominal, no clínica infectiva en ninguna otra localización. No convulsiones. Ante la focalidad neurológica se decide mandar a urgencias hospitalarias para realización de prueba de imagen, allí se realiza analítica completa y TAC de cráneo diagnosticándose de glioblastoma e ingresando en observación para posterior ingreso en neurocirugía aunque se descarta tratamiento quirúrgico por la edad de la paciente y la malignidad de la lesión.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, leve desorientación temporal y espacial. Glasgow 15/15. Desviación de comisura bucal conservando función de musculatura frontal. No alteraciones del habla ni agudeza visual. PINLA. MOEC. Resto de pares craneales normales. No alteraciones de fuerza ni sensibilidad. Romberg positivo. Reflejos conservados. Marcha inestable. ACR: tonos arrítmicos sin soplos. MVC. No ruidos patológicos sobreañadidos. Analítica: BQ: Glucosa: 235. PCR: negativa. Hemograma con anemia (Hb: 9,3), no leucocitosis ni neutrofilia. Coagulación normal. Sistemático de orina: negativo. TAC cráneo: lesiones de morfología irregular predominantemente hipodensas y no homogéneas con áreas necróticas (hipodensas) y áreas sólidas (hiperdensas) en varios focos alrededor del cuerpo calloso. Compatible con glioblastoma multiforme multifocal, recomendable RMN craneal. Rx tórax: no se observan condensaciones. Senos costodiafrágicos libres. Hilos congestivos.

Juicio clínico: Glioblastoma multiforme multifocal.

Diagnóstico diferencial: Metástasis de tumor primario, absceso, linfoma primario de SNC, isquemia subaguda, malformación arterio-venosa.

Comentario final: Aunque a veces en paciente ancianos con patología crónica lo primero que sospechemos ante cambios conductuales sea el comienzo de una demencia, es importante una buena anamnesis y exploración neurológica para descartar causas subyacentes. Nuestro caso fue atendido en primaria pero para acelerar las pruebas por la clínica neurológica se decide traslado a hospital.

Bibliografía

1. Casas Parera I, Barreiro de Madariaga L, Carmona S, Rugilo C. Manual de Neurología.
2. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015.