



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 264/15 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES

M. Real Campaña<sup>a</sup>, M. Vega Calvellido<sup>b</sup>, P. Vélez Molina<sup>c</sup>, T. Martín Acedo<sup>b</sup>, P. Martín Marcuatu<sup>b</sup>, V. López Romero<sup>b</sup> y M. Mellado Fernández<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Federico Rubio. Cádiz. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 84 años con antecedentes de hipercolesterolemia sin conocerse diabética, hipertensa o cardiópata. Nunca ha sido fumadora. No bebedora. Intervenido de cataratas e histerectomía con doble anexectomía hace años (mioma). Acude con su hija a consulta de su CS por presentar alucinaciones. Refiere que escucha a su vecina llorar, que nota la presencia de personas que la espían y comenta que tiene acúfenos. Su médico de AP la deriva a USM para valoración donde el psiquiatra le solicita una RMN craneal para descartar patología orgánica apreciándose una lesión en calota frontal de carácter agresivo y la deriva a Servicio de Neurología para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración psicopatológica inicial: COC. BEG. Buen contacto. No déficits cognitivos de entidad. Al inicio con actitud minimizadora, luego se centra en una temática delirante persecutoria, relacionada con los vecinos. Con cierta repercusión afectiva y conductual cuando se enfrenta a estos, oscilación del nivel de crítica. Puede pasar a un segundo plano cuando está acompañada de sus familiares. En consulta se muestra bien de ánimo, no repercusión emocional, pero sí describe el delirio con detalle, estructurado. Sin datos sugestivos de personalidad premórbida paranoide. RMN craneal: Se identifica a nivel de la calota frontoparietal derecha una gran masa con grosor máximo de 3 cm. Existe un engrosamiento y aspecto heterogéneo de la calota, con contorno regular, y mal definido, de ambas tablas corticales. Existe un aparente componente de partes blandas extracraneales que representa la mitad del espesor de la zona lesional, con baja intensidad de señal en todas las secuencias y que se diferencia con dificultad de la cortical externa ósea. También existe un componente intracraneal de 5mm de grosor, por dentro de la tabla interna, en contacto amplio con lóbulo frontal sin plano de diferenciación claro, posiblemente con introducción por algún surco y de forma más clara por la cisura interhemisférica. Produce una moderada impronta, con aplanamiento de contorno y de surcos de lóbulo frontal. Exploración neurológica: dudoso signo de Brudzinski. Lenguaje sin disartria, coherente pero algo verborreica explicando su delirio. Déficit campimétrico altitudinal superior bilateral. Pupilas, resto de pares, balance motor (5/5), plantares (flexores), táctil y cinestesia, índice-nariz, marcha, tándem, Romberg, Mingazzini, normales. Discretísima claudicación derecha en la maniobra de Mingazzini. Corrección de dos pasos en el empujón. Corazón rítmico y con soplo II/IV, irradiado bilateralmente a cuello.

**Juicio clínico:** Lesión ocupante de espacio en calota frontal derecha, con afectación de tejido cerebral adyacente, de etiología no aclarada. Déficit campimétrico altitudinal superior.

**Diagnóstico diferencial:** Meningioma de comportamiento agresivo, intraóseo o en placa. Plasmocitoma. MTX. Displasia fibrosa. Enfermedad de Paget.

**Comentario final:** A día de hoy se encuentran pendiente de pruebas complementarias (RMN craneal con contraste, TAC toracoabdominal y marcadores tumorales). En este caso clínico podemos ver la importancia que tiene realizar un amplio diagnóstico diferencial en el que se incluya patología orgánica cuando atendemos a un paciente que presenta manifestaciones psicopatológicas.

## **Bibliografía**

1. Pichot P. DSM-IV. Barcelona: Masson, 1995.
2. Peña-Casanova J. Neurología de la conducta y neuropsicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.