



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2683 - MIGRAÑAS VS ICTUS ¿O ALGO MÁS?

S. Falla Jurado<sup>a</sup>, D.Á. Rodríguez Palacios<sup>a</sup>, F.M. Aceituno Villalba<sup>b</sup>, A. Balsalobre Matencio<sup>c</sup>, A. Sánchez Martínez<sup>d</sup>, C. Bolarín Angosto<sup>c</sup>, I.M. Escudero Muñoz<sup>d</sup>, C. Castillo Ramos<sup>e</sup>, A.C. Menéndez López<sup>b</sup> y M.R. Jiménez Guerrero<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torrepacheco. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrasa Sud. Barcelona. <sup>f</sup>Médico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario de Los Arcos del Mar Menor. San Javier. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 51 años refiere desde hace un mes cefalea opresiva occipital, diferente a su cefalea habitual, que le despierta por las noches acompañada de episodios de parestesias ascendentes desde dedos de la mano izquierda hacia cara de unos 15 a 30 minutos. El día del ingreso asocia disartria y desviación de la comisura bucal hacia la derecha.

**Exploración y pruebas complementarias:** Antecedentes Personales: DLP. HDA por AINEs. Migrañas. Lumbalgia. Trastorno depresivo. Polineuropatía crónica axonal sensitiva con estudio complementario normal. Exploración física: Consciente y orientado. TA: 114/78. Pulso: 64 lpm. Tª: 37,3 °C. Auscultación cardiopulmonar: Sin hallazgos. Abdomen: blando y depresible. Neurológico: funciones superiores normales. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Leve disartria. Resto normal. Analítica: Hb: 14,2. Hcto: 40%. VCM 92. Plaquetas: 215.000. Leucocitos: 11.470 (71%N, 16,5%L). Coagulación: AP: 100%. PTTA: 1. Fibrinógeno: 564. Bioquímica normal. ECG: ritmo sinusal a 87 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax: no cardiomegalia ni infiltrados. TC cerebral sin CIV: Nódulo heterogéneo de 2 × 2,3 con edema digitiforme asociado con pequeño efecto de masas en región frontal derecha. RM cerebral: Lesión nodular cortico-subcortical en girus frontal inferior derecho de 33 × 28 × 2,7 mm. Intensidad de señal heterogénea con hemosiderina y necrosis central. Edema perilesional digitiforme subcortical vs infiltración tumoral y leve efecto de masa sobre surcos de la convexidad. Captación de contraste anular con zonas de necrosis central, difusión restringida en su periferia y VSC aumentado en secuencias de perfusión. La espectroscopia multivóxel muestra pico de Cho (destrucción celular) y disminución de Naa (viabilidad neuronal) en el TE largo y pico de líquidos y lactato (necrosis y metabolismo anaerobio) con disminución del Mio en el TE corto. Hallazgos compatibles con tumoración de alto grado de probable estirpe glial. Línea media centrada. No hidrocefalia. TC toraco-abdominal con CIV: Sin hallazgos que sugieran neoformación ni metástasis. Bajo anestesia general se realiza craneotomía fronto-temporo-parietal derecha, exéresis macroscópicamente total y colocación de drenaje subgaleal. AP: glioblastoma grado IV. Pendiente de inicio de RT Y QT.

**Juicio clínico:** Glioblastoma multiforme frontal derecho estadio IV.

**Diagnóstico diferencial:** Neuralgia. Migraña. Metástasis cerebrales. Crisis comiciales. Esclerosis múltiple. Encefalitis herpética. MELAS. Enfermedad de Whipple. Sífilis. Panencefalitis esclerosante subaguda sarampionosa. Leuco-distrofias. Neurosarcoidosis. Oligo-dendroglioma. Glioma de bajo grado. Linfoma primario cerebral. Gliomatosis cerebri. Astrocitoma.

**Comentario final:** Los tumores primarios del SNC, infrecuentes en adultos (2%), están incrementando su incidencia, sobre todo en sexo masculino, raza blanca y quinta década de vida. Siendo astrocitoma anaplásico y glioblastoma multiforme las variantes más malignas con tiempo de supervivencia corto, por ello, conceder siempre importancia a los síntomas pues pueden estar enmascarando patología de mayor gravedad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ohgaki H, Kleihues P. Epidemiology and etiology of gliomas. *Acta Neuropathol (Berl)*. 2009;109:93-108.
2. Rodríguez R et al. Glioblastoma multiforme. *Rev Méd Urug*. 2012;28:250-61.
3. Caroli E, Salvati M, Peruzzi P, Frati, A, Giangaspero F. Familial gliomas. Analysis of six families with gliomas and without other inheritable syndromes. *Neurosurg Rev*. 2003;26:280-2.