



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4926 - LO QUE LA HIPOESTESIA ESCONDE...

M. Martínez Villar<sup>a</sup>, M. Asensio García<sup>a</sup>, P. Toral Buena<sup>b</sup>, E. Domínguez del Brío<sup>c</sup>, M. Rodríguez Lavalle<sup>d</sup> y E. Bango Amat<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jardinillos. Palencia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Saldaña. Palencia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA). <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jardinillos. Palencia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Jardinillos. Palencia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 69 años, acude a consulta de AP por presentar hipoestesia en primer y segundo dedo de mano izquierda de una semana de evolución. Presenta mínima cefalea y sensación de aturdimiento. Su mujer refiere desviación de comisura bucal ese día. Antecedente de TCE frontal hace un mes y posterior síndrome vertiginoso tratado con betahistina. Antecedentes personales: Portador de marcapasos. Hernioplastia inguinal izquierda. Sin tratamiento actual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Asintomático salvo hipoestesia en dedos mano izquierda. Glasgow 15. ACP normal. Abdomen: hernia inguinoescrotal derecha. EEII: edemas bilaterales. PIC, poco reactivas. Discreto nistagmus horizontal. Dudosa desviación comisura bucal. No alteración del lenguaje. Pares craneales normales. Fuerza conservada. Sensibilidad disminuida 1<sup>o</sup> y 2<sup>o</sup> dedos mano izquierda. Marcha normal. Durante la exploración comienza bruscamente con disartria, pérdida de fuerza en extremidades izquierdas, lateralización a la izquierda, somnolencia y cefalea. Se activa Código Ictus y se deriva a hospital de referencia. Se realiza TC craneal urgente: hemorragia intraparenquimatosa lobar frontoparietal derecha de 6 x 5 cm con marcado edema periférico, efecto masa sobre surcos, compresión del ventrículo lateral y desplazamiento de la línea media. Se traslada a Neurocirugía. Se realiza craniectomía y evacuación del hematoma urgente. En estudio AP se diagnostica de glioblastoma multiforme.

**Juicio clínico:** Hemorragia intraparenquimatosa secundaria a glioblastoma.

**Diagnóstico diferencial:** Ictus hemorrágico vs isquémico. Hemorragia secundaria.

**Comentario final:** El glioblastoma es el tumor cerebral más frecuente; supone el 2% de todos los tumores y el 50-60% de los tumores astrocitarios. Suele presentarse en adultos, con un pico entre los 45 y 70 años, y una relación varón/mujer 1,5:1. Los síntomas que pueden aparecer: cefalea, náuseas, vómitos o signos de focalidad neurológica. Otros síntomas inespecíficos son obnubilamiento y cambios de personalidad. Cabe destacar la importancia y rapidez en la detección de los escasos síntomas neurológicos y la activación del protocolo ante la posibilidad de diagnóstico de ictus tanto isquémico como hemorrágico.

## **Bibliografía**

1. Kleihues P, et al. Glioblastoma. In: Kleihues P, Cavenee WK, eds. Pathology and genetics of tumours of the nervous system, World Health Organization classification of tumours, 2000. Lyon.
2. Martínez E, Rico M, Errasti M. Gliomas de alto grado. Manual de Oncología Radioterápica. Sociedad Española de Oncología Radioterápica, 2014.

**Palabras clave:** Hemorragia intraparenquimatosa. Glioblastoma.