



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/2053 - NO LO ESPERÁBAMOS

D. Fernández Herrera, C. Serrano Baena y R. Fiñana Sánchez

Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años triada en urgencias por episodio de baja reactividad y episodio convulsivo en su coche. Anamnesis dirigida por su primo, que la acompañaba en ese momento: cuenta que comienza a notarla más somnolienta, con episodio de movimientos tónico-clónicos y periodo poscrítico, con reactividad ocular a los 15' y verbal a los 40' aproximadamente. No cuenta que había discutido con otro familiar previamente. AP: ansiedad sin tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Neurológica: PINLA Y MOEC, Pares craneales sin focalidad, fuerza y sensibilidad conservadas, movimientos algo disminuidos en miembros derechos, baja reactividad y tendencia al sueño. No rigidez nuchal. Romberg negativo. ACR: MVC, tonos arrítmicos sin soplos ni roces. No ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible. Resto de exploración normal. TA. 120/77, satO₂ de 98%, FC 70. Analítica normal. Leucocitos 10.300. Hb 14,2. Plaquetas 402.000. PCR 3,9. Solicitamos tóxicos en orina (mejoría tras ampolla de flumazenilo). EKG: normal. TC sin contraste craneal realizado de entrada: LOE de 36 × 57 mm en axial de lóbulo izquierdo, isodensa con parénquima y áreas hipodensas, con edema intenso vasogénico, efecto masa con compresión del ventrículo lateral ipsilateral y desviación de línea media. RMN cráneo: confirmación de diagnóstico. Biopsia/AP: astrocitoma anaplásico IDH wild-type grado III. Mutación IDH1/IDH2 negativa.

Orientación diagnóstica: LOE intracraneal: astrocitoma anaplásico.

Diagnóstico diferencial: Tumor neurológico. ACV. Epilepsia.

Comentario final: Los tumores cerebrales son poco frecuentes, pero debemos tenerlos en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial en cuadros de déficits y focalidad neurológica, junto a ACV y epilepsia. Los astrocitomas tienen un comportamiento más agresivo, presentándose más en hombres. En general el primer tratamiento es la cirugía, permitiendo mejorar al paciente de los síntomas producidos por el tumor, aunque en ocasiones no pueden ser operados debido a su localización y solo podemos hacer una biopsia del tumor, quitando una mínima parte del mismo y permitiéndonos establecer el diagnóstico. Son tumores de naturaleza infiltrante lo que hace difícil el que puedan ser resecados en su totalidad.

Bibliografía

1. Fuentes-Raspall R, Solans M, Roca-Barceló A, et al. Descriptive epidemiology of primary

malignant and non-malignant central nervous tumors in Spain: Results from the Girona Cancer Registry (1994-2013). *Cancer Epidemiol.* 2017;50(Pt A):1-8.

Palabras clave: LOE. Astrocitoma. Epilepsia.