



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/795 - ¡DOCTOR, TENGO VÉRTIGO!

P. Casasnovas Navarro<sup>1</sup>, C. Sainz Arellano<sup>2</sup>, B. Urdín Muñoz<sup>1</sup>, A. Villota Bello<sup>3</sup>, J. Díaz Salazar Chicon<sup>4</sup>, A. Bueno Antequera<sup>2</sup> y M. Ramos Caceres<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.

<sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. <sup>3</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. <sup>4</sup>Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. <sup>5</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 65 años con antecedentes de HTA y DLP. Acude por cuadro de inestabilidad con sensación de giro de objetos que se intensifica con los movimientos cefálicos y lateralización de la marcha hacia el lado izquierdo de 7 días de evolución. No náuseas ni vómitos. Refiere en esta última semana olvidos más frecuentes, sin otra clínica acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** ACP: sin alteraciones. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin irritación peritoneal. Exploración neurológica: Glasgow 15, consciente y orientado. Pupilas isocóricas y normoreactivas. No alteraciones lenguaje. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad en las 4 extremidades. Dismetría izquierda en dedo-nariz. Romberg: negativo. Marcha lateralizada lado izquierdo. ECG: rítmico, sinusal a 75 lpm. Ante la alteración en la dismetría se derivó a Urgencias. AS: sin alteraciones. RX tórax: sin alteraciones. TAC craneal: lesión intraxial frontal que atraviesa la línea media, infiltra el cuerpo calloso con edema periférico, y lesión satélite contigua frontal derecha, que sugiere lesión maligna, posible glioblastoma de alto grado sin descartar otro tipo de lesiones que atraviesan la línea media como los linfomas.

**Orientación diagnóstica:** Glioblastoma.

**Diagnóstico diferencial:** Vértigo periférico. Neoplasia cerebral.

**Comentario final:** Se trata de un glioblastoma de alto grado. Es el tumor cerebral primario maligno más frecuente del sistema nervioso central en adultos, de muy mal pronóstico, y con un rápido crecimiento. Los síntomas neurológicos que puede presentar son muy diferentes según la ubicación y el momento de la evolución. En nuestro caso se trata de una clínica muy compatible con un vértigo periférico, su diferencia radica en la exploración neurológica con presencia de disartria y olvidos frecuentes. He elegido este caso para recalcar la importancia de la exploración ante el auge de las consultas telefónicas que estamos viviendo en el momento actual en atención primaria. Donde en este caso únicamente por la anamnesis podíamos haber pensado en que se trata de un vértigo periférico iniciando tratamiento y retrasando el diagnóstico original.

## **Bibliografía**

1. Muñoz-Carmona D, Faga-Cantamessa C, Nuevas perspectivas en el tratamiento paliativo del glioblastoma multiforme. *Oncología*. 2005;28(5):249-57.

**Palabras clave:** Vértigo. Glioblastoma.