



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1714 - DOCTORA: ME HE CAÍDO. MENINGIOMA Y GLIOMA EN UNA MISMA PACIENTE

A. Lara Muñoz¹, M. Medel Cortés¹ y E. Navarrete Martínez²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Montoro. Montoro. Córdoba. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafael Flores Cresto. Posadas. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años que acudió por mareo con traumatismo craneoencefálico (TCE), sin pérdida de conocimiento. Independiente para actividades básicas vida diaria. Antecedentes personales de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia. Tratamiento: atorvastatina 40 mg/24h, enalapril 20 mg/24h, metformina 850 mg/12h, ácido acetilsalicílico 100 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: Herida contusa lineal con sangrado activo de 5,1 cm en región occipital. Exploración neurológica: orientada, consciente. Desviación comisura bucal hacia la derecha. Fuerza miembro superior izquierdo 3/5 e inferior izquierdo (MII) 3/5. Marcha atáxica con arrastre MII. Campimetría: pérdida visión ojo izquierdo. Resto normal. Tomografía axial computarizada craneal: imagen compatible con meningioma calcificado frontal derecho y edema perilesional. Resonancia magnética craneal: lesión infiltrante que afectaba a vía piramidal derecha (probable glioma). Meningioma parasagital derecho. Lesiones de etiología isquémico-hipertensiva.

Orientación diagnóstica: TCE con focalidad neurológica.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular, abscesos, desmielinización, metástasis.

Comentario final: La presentación simultánea de múltiples tumores primarios intracraneales (SNC) de diferente estirpe celular, en ausencia de neurofibromatosis de Von Recklinghausen o radioterapia previa es menor del 1%. Tanto los meningiomas (36,6%) como los gliomas (30%) son los tumores más frecuentes del SNC pero con comportamiento biológico contrario. Existen distintas hipótesis para explicar esta rara asociación, no habiéndose demostrado ninguna. La incidencia de los meningiomas aumenta con la edad, siendo mayor en sexo femenino (2,27:1). Su clínica depende de la ubicación, sin existir una presentación patognomónica. Podría diagnosticarse, erróneamente, como demencia o depresión al inicio. El tratamiento varía desde seguimiento hasta resección quirúrgica (*gold estándar*), encontrándose en estudio diferentes terapias sistémicas. Sin embargo, los gliomas (80% de los tumores cerebrales primarios malignos) suelen presentar cefalea, náuseas, convulsiones... y tienen un pronóstico infausto. Nuestra paciente fue sometida a exéresis del meningioma con evolución favorable. Posteriormente, presenta hemiparesia izquierda y progresión de focalidad, probablemente por lesión infiltrante, no susceptible de intervención quirúrgica. Fallece a los 3 meses. En conclusión, este caso pone en relieve la importancia de la exploración física y

anamnesis y, de ahí, el gran papel de los médicos de primaria y urgencias extrahospitalarias.

Bibliografía

1. Buerki RA, Horbinski CM, Kruser T, Horowitz PM, James CD, Lukas RV. Una descripción general de los meningiomas. *Future Oncol.* 2018;14(21):2161-77.
2. Gutiérrez-González R, Boto GR, Pérez-Zamarrón A, Rivero-Garvía M. Asociación tumoral intracraneal: coexistencia de glioma de bajo grado, glioblastoma multiforme y meningioma en el mismo paciente. *Neurocirugía.* 2009;20(2):176-80.

Palabras clave: TCE. Meningioma. Glioma.