



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



199/160 - DOCTOR, NO PUEDO SUMAR

L. Muñoz Olmo^a, C. Gutiérrez Ruiz^b y A. Padial Baone^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

^bMédico de Familia. CS La Atalaya. Conil de La Frontera. Cádiz. ^cMédico de Familia. Dispositivo de Apoyo Bahía-La Janda. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 55 años que acude a Urgencias por llevar 1 semana con dificultad para recordar cifras e imposibilidad para realizar operaciones matemáticas simples (es decir, sumar restar, etc.). Refiere además aparición de cierta dificultad para deambular (sensación de inestabilidad) y horas antes de presentarse a Urgencias la imposibilidad de deambular sin apoyo o base de sustentación.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, atento y bien orientado. Sin disartria. Sin meningismo. Pupilas iguales a unos 3 mm. Mínimas sacudidas nistagmoides en mirada horizontal a la derecha, sin paresia oculomotora ni de pares VII o XII. No Babinski. Balance Motor de 5/5. Metrías, cinestesia, Romberg normales. Discreto predominio izquierdo de miotáticos en MMSS. Marcha, con aumento de base de sustentación y mínima retropulsión; tándem inestable. Resto de exploración, sin alteraciones significativas. TAC craneal urgente: lesión heterogénea con componente quístico adyacente a calota occipital derecha, que impronta sobre IV ventrículo y genera moderada hidrocefalia triventricular; se extiende a vermis cerebeloso y capta irregular y parietalmente el contraste. Sinusopatía frontal y esfenoidal. Posible espacio perivascular en ganglios basales derecho. Puede tratarse de un glioblastoma, metástasis única o hemangioblastoma. RNM en el Ingreso: Lesión ocupante de espacio en vermis y hemisferio cerebeloso derecho, de 4 × 4 × 3,5 cm, heterogénea con áreas sólidas captadoras de contraste y quísticas no captadoras, de límites bien definidos, con discreto edema transependimiario y herniación de 1 cm de las amígdalas cerebelosas. Otras dos lesiones puntiformes en corona radiada y cápsula interna izquierda sugestivas de isquemia lacunar. Quiste de retención mucoso en seno esfenoidal. La lesión puede ser metástasis, hemangioblastoma o glioma de alto grado.

Juicio clínico: Hemangioblastoma cerebeloso.

Diagnóstico diferencial: Demencia/enfermedad de Alzheimer. Síndrome de hipertensión endocraneana. Accidente cerebrovascular. Tumor cerebral.

Comentario final: Los hemangioblastomas son neoplasias benignas que constituyen el 1-2,5% de los tumores intracraneales y del 7-12% de las lesiones en fosa posterior en adultos. Los hemangioblastomas evolucionan hereditariamente junto con la enfermedad de Von Hippel Lindau (20%) y como tumores esporádicos solitarios. Su ubicación más frecuente es a nivel de fosa posterior

(cerebelo), aunque también existen casos descritos a nivel supratentorial y medular. La imagen por resonancia magnética (RM) es de gran utilidad en la patología intracraneal, y más aún en la fosa posterior, donde los artefactos limitan aún más la eficacia de la tomografía computarizada (TC), por lo que se trata del método de elección para el hemangioblastoma cerebeloso. RM será de elección, hasta un 70% presentará un componente quístico. El tratamiento de elección será el quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brundl E, Schodel P, Ullrich OW, Brawanski A, Schebesch KM. Surgical resection of sporadic and hereditary hemangioblastoma: Our 10-year experience and a literature review. *Surg Neurol Int.* 2014;5:138.
2. Gelabert M. Hemangioblastomas de cerebelo. *Neurología.* 2007;22:853-9.
3. Patier de la Peña JL, Norman F, Rodríguez-Ramírez GI, Echániz-Quintana A, Moreno-Cobo MA. Cervical pain, torticollis and polyglobulia as a first manifestation of a cerebellar hemangioblastoma. *Rev Clin Esp.* 2010;210:e21-3.