



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



199/123 - ¿UN SIMPLE DOLOR DE CABEZA?

M. Barrero Martín^a, M. Gragera Hidalgo^b, E. González Márquez^c, A. Márquez Martín^d y S. Martín Andújar^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Loreto Puntales. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 28 años sin antecedentes personales de interés salvo un contacto directo con tuberculosis, por el que realizó profilaxis antituberculosa completa hace 4 años. En septiembre de 2013, acude a la consulta de atención primaria refiriendo algún episodio de mareo inespecífico, por lo que se solicita analítica completa, siendo la misma normal. Días después, acude de urgencias al centro de salud ante la clínica de cefalea holocraneal de 3 días de evolución, con malestar general, náuseas, sensación de giro de objetos y sensación de sudoración y parestesias en las manos. Ante esa sintomatología se decide derivar al paciente al servicio de urgencias hospitalario, dónde se realiza prueba de imagen y se ingresa al paciente a cargo de neurología por lesión sugestiva de tumor cerebral. Tras su estudio anatomopatológico, se diagnostica de astrocitoma, es el tumor más frecuente dentro de los gliomas. Se determinó el tipo de tumor según la OMS, en grado II, dicho tipo se caracteriza por ser un tumor infiltrante y con tendencia a evolucionar hacia lesiones de histología más agresivas. Se optó por un tratamiento expectante, con tratamiento sintomático de las crisis epilépticas parciales secundarias a la lesión. Actualmente en seguimiento por neurología y neurocirugía.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado y colaborador. Pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz y a la acomodación. Movimientos oculares extrínsecos conservados. No nistagmos. Resto de pares craneales conservados. No pérdida de fuerza en miembros superiores ni inferiores. Reflejos simétricos en miembros superiores y exaltados y simétricos en los inferiores. No pérdida de la sensibilidad en miembros superiores ni inferiores. Reflejos cutáneos-plantares flexores presentes. No disdiadococinesia ni dismetría. Romberg negativo y marcha normal. No signos meníngeos. Analítica con hemograma y bioquímica sin alteraciones. ECG ritmo sinusal a 60 lpm sin alteraciones agudas en la repolarización. Radiografía de tórax sin alteraciones de interés. TAC craneal: extensa área de hipodensidad que afecta a lóbulos frontal y temporal derechos, se acompaña de discreto efecto masa. RMN cerebral: masa o tumoración infiltrativa difusa frontotemporal hemisférica derecha de localización medial ya que compromete estructuras mediales tanto de la región frontal como temporal que presenta un realce heterogéneo con un patrón parcheado compatible con oligodendroglioma anaplásico, oligoastrocitoma, oligoastrocitoma anaplásico o astrocitoma infiltrativo difuso. Anatomía patológica de biopsia de lesión: Astrocitoma difuso protoplasmático con elementos gemistocíticos (grado II).

Juicio clínico: Astrocitoma difuso con epilepsia parcial sensitivas sintomáticas.

Diagnóstico diferencial: Cefalea, lesión intracraneal, vértigo central o periférico.

Comentario final: Ante un paciente con síntoma de alarma se debe actuar en consecuencia. Ya que el paciente presentaba una clínica inespecífica que se estaba estudiando de forma ambulatoria, pero en el momento que describe la cefalea acompañada de parestesias, náuseas y mal estado general, se debe valorar realizar pruebas de imágenes. Para ello, en nuestro medio, derivando al servicio de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Astrocitoma difuso (grado II), Neurowikia, 2016.