



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1404 - Doctora, ¿cómo podemos frenar la pérdida de memoria de mi madre?

M. Chacón González<sup>a</sup>, C.J. Sevillano Esquivel<sup>b</sup>, M.S. Pineda Pérez<sup>c</sup>, M. Muñoz Sanz<sup>d</sup>, A. Moreno Moreno<sup>d</sup> y M. López Rico<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>e</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 82 años en estudio por tos crónica, con antecedentes de hernia de hiato, estenosis esofágica y síndrome depresivo que acude a la consulta por pérdida de memoria progresiva de 4 meses de evolución, que sus familiares han considerado como deterioro cognitivo asociado a la edad acentuándose en los últimos días con dificultad para la orientación, reconocimientos de familiares y debilidad en miembros inferiores.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, vigil, desorientada pero colaboradora, con deambulación dificultosa pero mantenida. Normotensa. ACP: rítmica controlada con crepitantes bibasales. Abdomen y miembros inferiores normales. En la exploración neurológica se objetiva ligera desorientación témporo-espacial y pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho 3/5. Analítica: hemograma: plaquetas 130.000 y resto normal. Coagulación normal. Perfil bioquímico: proteínas totales 6,5, GPT 35, GGT 43 con resto normal. Combur test: hematíes+, leucocitos +++, nitritos +. ECG: normal. Rx tórax: cardiomegalia, hilios engrosados, aumento de densidad bibasal ya objetivada en radiografías previas.

**Juicio clínico:** Masa cerebral en lóbulo temporal izquierdo sugestivo de glioblastoma.

**Diagnóstico diferencial:** Demencia (tipo enfermedad de Alzheimer), AIT, tumor cerebral.

**Comentario final:** Ante esta situación ponemos tratamiento antibiótico para ITU que nos justifica la agudización de la clínica y cursamos urocultivo negativo. También derivamos a Neurología pensando en demencia con TC craneal pedido donde se objetiva tumoración sólida localizada en lóbulo temporal izquierdo, con edema vasogénico con efecto masa sugerente de glioblastoma y RNM que aporó los mismo datos. Desde neurología se consulta con neurocirugía quien descarta tratamiento quirúrgico por edad de la paciente y localización de la lesión, también se rechaza tratamiento quimioterápico y radioterápico por ambos servicios pasando a ser tratada por servicio de cuidados paliativos. El glioblastoma es un tumor de alta malignidad con gran morbi-mortalidad que presenta un gran polimorfismo, presentando un predominio masculino a partir de los 50-60 años. Se caracteriza por una evolución tórpida y rápida, con síntomas generales de mareo, náuseas,

alteraciones inespecíficas del comportamiento, cefalea, datos de focalidad neurológica así como de hipertensión endocraneal. En la mayoría de casos los síntomas pueden aparecer entre 4 y 6 meses antes de llegar a un diagnóstico definitivo. Provoca un edema cerebral muy llamativo que ocasionan procesos necróticos y hemorrágicos, de localización en hemisferios cerebrales. El diagnóstico se realiza mediante TAC craneal donde se aprecia una zona hipodensa e irregular, de aspecto anular con contraste. En cuanto al tratamiento no es satisfactorio. Se pueden combinar cirugía y radioterapia. Las recidivas suelen aparecer tras uno o dos años libres de enfermedad. Es discutido si la quimioterapia puede prolongar la supervivencia. Un conocimiento más profundo de la patogénesis de estos tumores ha presentado oportunidades para nuevas terapias para evolucionar y una expectativa de un mejor control de esta enfermedad. Presentan un mejor pronóstico los pacientes menores de 65 años, con buen estado general y neurológico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Martín Buil MM, Galindo Esteban MC, Torres Nuez J, Alba Chueca J. Glioblastoma multiforme temporal. A propósito de un caso. 2002;28(8).
2. Alifieris C, Trafalis DT. Glioblastoma multiforme: Pathogenesis and treatment. *Pubmed Pharmacol Ther.* 2015;152:63-82.