



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/789 - TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO Y CEFALEA

M. Gutiérrez Soto^a, M.D. Maestre Serrano^b, L. Sánchez Camacho^a, E. Sánchez Cañete^b, A. López Matarín^c, R.S. Fernández Márquez^d, S. Larrasa Soriano^e, F. Castaño Membrives^f, A. Rubio Medina^f y L. Ojeda López^g

^aMédico Residente 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Zona I. Córdoba.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba. Zona I. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Guadalquivir. Córdoba. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarrubia. Córdoba. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Zona I. Córdoba. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Zona I. Córdoba. ^gMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almodóvar del Río. Zona I. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años, que acude a urgencias derivado por su MAP por “despistes” con amnesia retrógrada y trastornos importantes del comportamiento (voces a la familia, cambios de humor, incoherencias), junto con cefalea hemicraneal derecha intensa progresiva de 2 semanas de evolución. También cambios de ánimo.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientado. No signos meníngeos, no rigidez de nuca. Pares craneales sin déficit. Movilidad y sensibilidad de los 4 miembros conservada. Exploración muy limitada. Se solicita: analítica con 3 series: no alteraciones y TAC craneal sin contraste: proceso expansivo intraaxial temporoparietal derecho con edema perilesional digitiforme, comprime el sistema ventricular ipsilateral y produce desplazamiento de estructuras de la línea media de unos 3 mm. El paciente es derivado a neurología, donde se le realiza una R.M. que confirma la existencia de una masa temporal derecha, compatible con astrocitoma de alto grado.

Juicio clínico: Astrocitoma de alto grado. Las neoplasias del SNC representan el 1.4-2% de todas las neoplasias. Así, la media de años de vida perdidos en los pacientes afectados de un glioma maligno es de 20 años/paciente, siendo la primera causa de años de vida perdidos entre un total de 17 enfermedades. Los astrocitomas son los tumores cerebrales primarios más frecuentes constituyendo más del 50% de todos ellos, con una incidencia anual de 5-7 nuevos casos/100.000 habitantes. La incidencia es más alta en los individuos de raza blanca y la mortalidad es mayor entre los varones. El astrocitoma anaplásico y el glioblastoma representan el 38% de los tumores cerebrales primarios. Aparecen con más frecuencia en adultos más jóvenes. Aproximadamente el 4% de las personas con astrocitomas anaplásicos tienen varios tumores en el momento del diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia subaracnoidea. Meningoencefalitis. Absceso cerebral. Infarto cerebral. Demencia. Migraña simple con y sin aura. Cefalea debido a medicación. Tratamiento: se realiza craneotomía temporal derecha con resección parcial de la neoplasia en abril de 2014. Posteriormente recibe radioterapia + quimioterapia con temozolamida en julio de 2014.

Posteriormente se realizó una RM observándose una disminución de la lesión. Se plantea una línea adyuvante de quimioterapia según esquema CPT11 125 mg/m² D1 + bevacizumab 10 mg/kg D1 cada 2 semanas, quedando posteriormente con bevacizumab en monoterapia, con respuesta parcial de la enfermedad en enero de 2015. Actualmente presenta progresión y se reintroduce tratamiento con Irinotecan, ha recibido 1 ciclo.

Comentario final: Ante un caso como el comentado es fundamental realizar una anamnesis tanto al paciente como en su entorno y exploración exhaustiva y metódica del paciente. La principal dificultad de estos casos reside en distinguir patología sin organicidad de base de aquellos que escondan una patología grave.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reulen HJ, Poepperl G, Goetz C, et al. J Neurosurg. 2015;3.1-11.
2. Liu A, Sankey EW, Bettegowda C, et al. J Clin Neurosci. 2015 Jun 30.
3. Yi-Bin Chen MD, David Zieve Leukemia/Bone Marrow Transplant Program, Massachusetts General Hospital. A.D.A.M. Editorial team. 2013.
4. British Neuro-Oncology Society/NCAT Rare Tumour Guidelines (June 2011).