



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/405 - Qué pesados éstos de familia

F.E. Rodríguez Almonte^a, C.M. Viceira Martín^a, C. de Castro Mesa^b, L.E. Minier Rodríguez^a, C. Almenara Rescalvo^a, F.A. Vargas Ochoa^c, I. Rodríguez Clérigo^a, A.I. Alarcón Escalonilla^a, S. Moreno Ruiz^a y M. Hércules Carbajal^a

^aMédico Residente; ^bMédico de Familia; ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María Benquerencia. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Presentamos una mujer 75 años, HTA como único antecedente patológico. Como dato relevante un TCE leve hacia 4 días, consulta por cuadro progresivo de inestabilidad, cefalea holocraneal y olvidos de 20 días de evolución, al explorarla nos impresiona la gran de inestabilidad a la marcha, lentitud en las respuestas y tendencia a distracción, nada típico en esta paciente. En un primer momento manejada como algo banal en los servicios de urgencias hospitalarios, pero vemos como la persistencia de su médico logró marcar una diferencia en el pronóstico final de la paciente.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza en nuestra consulta de AP exploración física completa, test de orina negativo. Como dato reseñable en la exploración neurológica lateralización izquierda al deambular, asociando hemiparesia izquierda 3/5. Ante dicha exploración se decide derivar a urgencias para valorar pruebas de imagen.

Juicio clínico: Marcha atáxica o cerebelosa a estudio.

Diagnóstico diferencial: Lesión isquémica cerebral. Hematoma subdural secundario a TCE.

Comentario final: En su primera visita a urgencias hospitalaria, la paciente se diagnóstico de vértigo periférico, a nuestro entender esto no explicaba la clínica de la paciente, por lo que se decide derivar nueva vez. Finalmente en urgencias hospitalarias y ante la insistencia de su médico se realiza TAC craneal objetivando hallazgos compatibles con lesión tumoral de alto grado vs metástasis cerebral de primario no conocido, quedando ingresada para estudio. Esto demuestra la importancia que tiene un exploración física detallada, que el médico de familia no debe nunca desfallecer a la hora de solicitar los medios necesarios para descartar cualquier patología que su exploración física lo precise. En nuestro caso, luego de realizado el diagnostico final (linfoma cerebral primario) se realiza resección quirúrgica y tratamiento quimioterápico posterior, con remisión completa de la lesión. Al día de hoy la paciente realiza una vida normal, sin pérdida de funciones corticales ni capacidad cognitiva.

Bibliografía

1. Singh AD, Lewis H, Schachat AP. Primary lymphoma of the central nervous system. *Ophthalmol Clin North Am.* 2005;18:199-207.
2. Layos Romero A, Marsal Alonso C. Exploración Neurológica en Urgencias. Manual de protocolos y actuación en urgencias. HVS, 4ª ed. 2014:543-7.

Palabras clave: *Marcha atáxica. Marcha cerebelosa. Inestabilidad. Linfoma cerebral primario.*