



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2692 - DETECCIÓN PRECOZ DE TUMOR CEREBRAL PRIMARIO EN PACIENTE CON CLÍNICA INESPECÍFICA

E. Fernández-Arroyo Naranjo^a, M. González Torres^a, P. Peinado Villén^b, I. Ocete Segura^c, P. Prieto Moreno^d y F. Rubio Carballo^a

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Centro. Granada.

^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada.

^cMédico Residente de 1^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Este. Granada. ^dMédico Residente de 1^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años que la noche previa presenta episodio de afasia motora e incontinencia de esfínteres. El cuadro cedió en pocos minutos con cierta confusión posterior. El paciente no refiere sensación de enfermedad por lo que no solicita atención sanitaria hasta la mañana siguiente, acudiendo a su médico de familia. Llega a consulta sin referir una clínica actual y con buen estado general. Realizando una anamnesis detallada cuenta historia de cefalea holocraneal opresiva que llegaba a interferir en las actividades básicas de su vida diaria.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración neurológica se encuentra algo bradipsíquico con discreta desviación de comisura bucal hacia la izquierda y borramiento del surco nasogeniano derecho. Hemiparesia y hemihipoestesia en miembro superior derecho, fuerza y sensibilidad mantenidas en miembros inferiores. Ante la clínica observada, se activa código ictus. A su llegada al hospital se realiza ECG, analítica y TAC craneal. Se observa una lesión hiperdensa de 16 mm de diámetro a nivel cortical frontal izquierdo por lo que se descarta ictus isquémico y es ingresado en medicina interna para estudio. En planta presenta diversas crisis cólicas tónico-clónicas y es sometido a numerosas pruebas complementarias (TAC, RMN) para filiar dicha lesión. Tras revisar las imágenes se establece la sospecha diagnóstica de tumor primario de sistema nervioso central y se comenta el caso con neurocirugía. Finalmente se realiza craneotomía frontoparietal izquierda con resección completa y sospecha de glioblastoma multiforme u oligodendroglioma anaplásico a la espera de confirmación por anatomía patológica.

Juicio clínico: Lesión ocupante de espacio en lóbulo frontal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Lesión metastásica. Hematoma extraparenquimatoso cortical. Glioblastoma multiforme. Oligodendroglioma anaplásico. Encefalitis.

Comentario final: A destacar la importancia de la atención primaria en la detección de signos que a priori no son importantes para el paciente y sin embargo, su precoz estudio condiciona una mayor agilidad en el proceso diagnóstico terapéutico.

Bibliografía

1. Cavaliere R, Farace E, Schiff D. Clinical implications of status epilepticus in patients with neoplasms. Arch Neurol. 2006;63:1746.
2. Anderson MD, Colen RR, Tremont-Lukats IW. Imaging mimics of primary malignant tumors of the central nervous system (CNS). Curr Oncol Rep. 2014;16:399.

Palabras clave: Ictus. Crisis convulsiva. Tumor primario cerebral.