



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/4564 - DISARTRIA DE REPETICIÓN, ¿PODRÍA SER ALGO MÁS?

A. Olivares Loro<sup>a</sup>, M. Curado Mateos<sup>b</sup> y A. Carabot Ramírez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 56 años que presentó varios episodios de disartria con buena recuperación posterior. No AP de interés. Fumador de 2 paquetes/día. Consulta 2 semanas desde inicio de la clínica y tras ser valorado por MAP, es remitido a urgencias para realización de PPCC así como por objetivarse FA de novo. Se realizó TAC craneal e ingresó en Neurología tras hallarse lesión frontoparietal izquierda compatible con lesión isquémica en evolución. En abril consulta de nuevo por disartria, repitiéndose TAC, observándose imagen nodular parietal izquierda con cierto edema circundante. Se realiza RMN donde se objetivan lesiones hemisféricas izquierdas compatibles con metástasis Vs tumor cerebral 1<sup>o</sup>. Se realiza estudio de extensión siendo negativo y se repite RMN donde describen linfoma primario del SNC como primera posibilidad. Se realiza biopsia cerebral y tras resultados es remitido a Oncología decidiéndose tratamiento radioquimioterápico.

**Exploración y pruebas complementarias:** GCS 15. Disartria. No afasia. MOECs, PINRLA, desviación de comisura bucal derecha antigua. Leve hemiparesia derecha 4/5. ROT en MMSS y MMII normales. No alteraciones marcha, tono o sensibilidad. ACP sin alteraciones. Analítica general normal. VIH, virus hepatotropos, sífilis, enterovirus Coxsackie E, HSV I y II negativos. EBV, CMV, VZ IgM negativos e IgG positivos. Ecocardiograma: función sistólica VI normal. No valvulopatías. TAC y RMN y biopsia cerebral.

**Orientación diagnóstica:** Glioblastoma con componente tipo PNET Grado IV OMS.

**Diagnóstico diferencial:** Ictus isquémico, tumor primario cerebral, metástasis cerebrales.

**Comentario final:** Ante un paciente con episodios de disartria de repetición en el tiempo a pesar de haber sido tratado como un ictus y con buena recuperación pero reaparición de la sintomatología, nos surge la duda de que efectivamente pueda haber algo más. En este caso la buena coordinación entre la atención primaria y hospitalaria, así como entre las distintas especialidades, ha permitido un diagnóstico y tratamiento en un período de tiempo corto desde el inicio de los síntomas.

### Bibliografía

1. Song X, Andrew Allen R, Terence Dunn S, et al. Glioblastoma with PNET-like components has a higher frequency of isocitrate dehydrogenase 1 (IDH1) mutation and likely a better

prognosis than primary glioblastoma. International Journal of Clinical and Experimental Pathology. 2011;4(7):651-60.

**Palabras clave:** Glioblastoma. Ictus. Disartria.