



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/372 - LA IMPORTANCIA DE CREER AL PACIENTE...

P. Mayor Heredia<sup>a</sup>, M. Balboa Alonso<sup>b</sup>, M. Pastor Romero<sup>b</sup> e I. Tárrega Ferrer<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Integrado El Campello. Alicante.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CSI El Campello. Alicante. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CSI El Campello. Alicante.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 75 años con hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento. Esteatosis hepática. Epilepsia parcial en tratamiento que acude al centro de salud por cuadro de 5 días de evolución. Refiere hemiparesia izquierda de inicio craneocaudal, ocasionándole caídas frecuentes en su domicilio. Acompañando, astenia sin pérdida de peso. No fiebre. No disnea. No otra clínica acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Constantes normales. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica: Consciente y orientada. Lenguaje conservado. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares conservados. Ligera paresia facial con desviación comisura labial izquierda. Resto pares craneales normales. Sensibilidad conservada. Fuerza miembro superior e inferior derecho 5/5, miembro superior e inferior izquierdo 5/5. Claudicación en miembros izquierdos. Reflejos osteomusculares conservados. Reflejo cutáneo plantar extensor izquierdo, flexor derecho. Ligera desviación de la marcha hacia la izquierda. Radiografía tórax normal. Analítica sangre: leucocitos 13.500, neutrófilos 88,4%, linfocitos 8,4%. Coagulación normal. Bioquímica: glucosa 191, resto normal. Marcadores tumorales negativos. Tomografía axial computarizada: lesión parafalciana frontal derecha, heterogénea, diagnóstico diferencial con metástasis cerebral vs tumoración primaria cerebral, no herniación. PET-TAC: nódulo mama derecha, con resultado negativo tras biopsia. Resto estudio extensión negativo. Se realiza extirpación quirúrgica de la lesión, resultado de glioblastoma grado IV. Tras cirugía se realiza radioterapia.

**Orientación diagnóstica:** Tumoración intracraneal.

**Diagnóstico diferencial:** Accidente isquémico cerebral. Lesión tumoral. Trastorno del movimiento.

**Comentario final:** El glioblastoma multiforme representa entre el 12 y 15% de las neoplasias intracraneales y más del 60% de los astrocíticos. Son tumores agresivos. Debutan entre los 40-70 años aproximadamente y la mayoría son tumores primarios. Se localizan en hemisferios cerebrales sin casi afectar a cerebelo y médula espinal. La histología da un patrón heterogéneo con alto grado de celularidad, pleomorfismo con proliferación microvascular y necrosis. Los síntomas varían según la localización del tumor y tamaño, pero suele ser cefalea, vómitos, confusión, parestesias, pérdida de fuerza y del equilibrio. El tratamiento suele ser la extirpación quirúrgica y radioterapia.

## **Bibliografía**

1. González Trujillo F, Castro Noriega C, Castro Ramírez OJ, et al. Glioblastoma multiforme actualización. Acta Neurología Colomb. 2014;30(4):282-9.
2. Batchlero T, Shin HA, Loeffler J, et al. Management of glioblastoma in older adults. UpToDate, 2018.

**Palabras clave:** Glioblastoma multiforme. Tumor cerebral. Adultos.