

Tumores-aneurismas cerebrales y clínica psiquiátrica

Avedillo Caretero MM, Vecino Martín MA, Cabo Sastre JJ, Enríquez Gutiérrez E

Centro de Salud Parada del Molino. Zamora

Paciente de 71 años, casada, residente en Zamora, que desde hace unos tres meses, y a raíz de estrés sociofamiliar desencadenante (amenazas a su marido por parte de un vecino), comienza a encontrarse más triste y decaída, más inquieta y nerviosa, duerme peor. En las últimas semanas tiene empeoramiento sintomático, con mayor inquietud psicomotora e ideas autolíticas con impulsos reiterados de tirarse a un pozo. En tratamiento ambulatorio por su médico de cabecera con escitalopram (10 mg/día) y clorazepato (15 mg/día).

Probable episodio depresivo hace unos 20 años, reactivo, para el que no siguió tratamiento. La familia informa de que la paciente ha presentado episodios autolimitados de tristeza y apatía para los que nunca ha solicitado tratamiento. Hipertensión arterial e insuficiencia venosa periférica en tratamiento con atenolol e hidroclorotiacida y Daflon.

No se refieren alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos.

TAC cerebral solicitada por su médico hace una semana: "Nos encontramos imágenes de hipo o hiperdensidad sugerentes de neoformación, infarto o hemorragia. No desplazamiento de la línea media ni compresión o desplazamiento ventricular. Calcificaciones seniles fisiológicas en pineal, habénula y plexos. Tamaño, situación y forma de surcos, cisuras y ventrículos normales y en relación con la edad de la paciente. Tras la administración de contraste yodado intravenoso, buena visualización del árbol arterial, en el que se aprecia una dilatación aneurismática de la cerebral anterior derecha, hasta 11 mm, a la altura del polígono. Se remite al Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Zamora".

A su ingreso en Psiquiatría se observa una paciente consciente, colaboradora, abordable, adecuadamente orientada auto y alopsíquicamente. No se evidencian alteraciones del lenguaje, ni de la atención ni de la memoria. Quejas cognitivas de incapacidad para llevar a cabo sus tareas. Humor depresivo con labilidad emocional, anhedonia, apatía, tendencia a la clinofilia. Astenia, hiporexia y pérdida de peso. Polaridad matutina. Ansiedad ideica y somática. Preocupaciones hipocondriacas, pensamiento autorreferencial congruente con el estado de ánimo. Insomnio de conciliación y despertar precoz. Hipodinámica, con tendencia al aislamiento social.

Exploraciones complementarias:

- Analítica. Hemograma: monocitos 9,4%; resto en límites normales; VSG: 8 mm. Bioquímica hemática: creatinina 0,5 mg/dl; glucosa, urea, ácido úrico, proteínas totales, albúmina, bilirrubina total, GOT, GPT, LDI-1, fosfatasa alcalina, CPK, fósforo, sodio y potasio en límites normales. Perfil lipídico: colesterol total 204 mg/dl, triglicéridos 181 mg/dl, colesterol HDL 47 mg/dl, colesterol LDL 121 mg/dl, CT/C-HDL 4,3. Perfil de hierro: índice de saturación de transferrina 19,7%; hierro, ferritina y transferrina en límites normales. Perfil tiroideo: TSH, T4 total y T4 Libre en límites normales. Proteinograma: gamma 10,9%; resto en límites normales.

- ECG: RS con FC 87 lpm, bloqueo AV primer grado, BCRDHH.

- Radiografía de tórax: ligera cardiomegalia.

Dadas las características del cuadro se diagnostica según criterios CIE-10 de:



- F32.30 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, congruentes con el estado de ánimo.
- Dilatación aneurismática de la arteria cerebral anterior derecha.
- Bloqueo AV primer grado, BCRDHH.
- Dislipemia.
- Hipertensión arterial.

Se deja a la paciente en observación y se instaura tratamiento con escitalopram, lorazepam y risperidona. Presenta una adecuada adaptación al mismo y al medio, con normalización del ánimo, crítica del episodio motivo de ingreso y yugulación de los ritmos biológicos, por lo que se procede al alta hospitalaria a fin de facilitar su reintegración en el medio sociofamiliar habitual. Se solicita consulta a Neurología.

Continuar con la medicación para su patología somática como venía realizando.

Tras nuevo estudio neurorradiológico, se concluye la existencia de un pequeño meningioma del tubérculo selar con una pequeña lengüeta meníngea basal, sin relación alguna con los vasos del polígono de Willis, que aparecen absolutamente normales y simétricos, salvo un pequeño desplazamiento superior y posterior de la porción horizontal de la arteria cerebral anterior del lado derecho producida por el pequeño meningioma. No procede la realización de una angiografía convencional y únicamente se debe hacer un seguimiento con imagen de esta lesión (RMN) al año para certificar su estabilidad o su aumento de tamaño.

COMENTARIO

Los tumores intracraneales producen síntomas y signos neurológicos que, clásicamente, se dividen en focales y generales. Estos síntomas varían según la localización del tumor y sus características biológicas. Así, tumores de crecimiento rápido y localizados cerca de las áreas motoras dan manifestaciones clínicas mucho antes que los de crecimiento lento situados en regiones cerebrales relativamente silenciosas. Los síntomas focales incluyen convulsiones

focales, parestias, afasias, apraxias, agnosias, afectación de pares craneales... Estos síntomas focales son producidos por la masa tumoral y también por el edema peritumoral, muy acusado en ciertos tipos de tumores. Los síntomas generales se atribuyen a un aumento de la presión intracraneal. La hipertensión intracraneal puede estar producida por la propia masa tumoral, por el edema peritumoral, por obstrucción del flujo del LCR, por obstrucción del sistema venoso cerebral o por un bloqueo de la absorción del LCR. Dichos síntomas incluyen trastornos mentales, cefaleas, náuseas y vómitos, mareos, convulsiones generalizadas y papiledema. No siempre estos síntomas generales están relacionados con la presión intracraneal y no es infrecuente observar alteraciones de la personalidad, cefaleas (a veces de predominio nocturno o matinal), mareos y náuseas, en fases iniciales, cuando no se puede comprobar la existencia de un aumento de aquélla.

En pacientes con hipertensión intracraneal se observan con frecuencia síntomas y signos focales denominados *de falsa localización*. Estas manifestaciones se deben a la citada hipertensión intracraneal o al desplazamiento del tejido cerebral de un compartimiento intracerebral a otro.

Puede producirse también síndrome de enclavamiento del lóbulo temporal a través de la hendidura del tentorio y del cerebelo a través del agujero occipital. Los síntomas más frecuentes son apatía, incontinencia urinaria y desequilibrio de la marcha (debidos a hidrocefalia comunicante), parálisis unilateral o bilateral del VI par craneal (distorsión del VI par), ptosis, midriasis, hemiparesia ipsilateral y Babinski bilateral (enclavamiento del lóbulo temporal), convulsiones focales o generalizadas y signos de afectación corticospinal bilateral en tumores de la fosa posterior.

A continuación se describen las características propias de los diversos tumores intracraneales agrupándolos según su forma de presentación clínica:

- Tumores que producen síntomas y signos generales y convulsiones: glioblastoma multiforme, astrocitoma,

oligodendroglioma, ependimomas, carcinoma metastásico, meningioma y linfoma primario.

- Tumores que se presentan con un síndrome de hipertensión intracraneal sin síntomas locales o de lateralización: meduloblastoma, ependimoma del cuarto ventrículo, hemangioblastoma, pinealoma, quiste coloide del tercer ventrículo y craneofaringioma.

- Tumores que producen un síndrome intracraneal tumoral característico: craneofaringiomas, neurinomas del acústico y otros tumores del ángulo pontocerebeloso, meningioma del ala menor del

esfenoides y del tubérculo olfatorio, gliomas del nervio óptico y del quiasma, glioma pontino, cordomas y otros tumores que erosionan la base del cráneo.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual Merck, 11 edición.
- Rodés Guardia, 2ª edición.
- Harrison, 16ª edición.