



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2988 - BUSCÁBAMOS UNA HEMORRAGIA Y ENCONTRAMOS UN TUMOR

C. García-Giralda Núñez<sup>a</sup>, L. Safioullina<sup>a</sup>, E. Pérez Pagán<sup>b</sup>, A. García Saorín<sup>c</sup> y M.J. Fernández Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cieza. Murcia. <sup>d</sup>Enfermera. Centro de Salud de Bullas. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 26 meses, de origen marroquí, que es traído por su madre al SUAP tras haber sufrido TCE en región occipital. La madre refiere notar al niño más decaído y haber presentado dos vómitos. A su llegada, presenta desconexión del medio, pupila izquierda midriática arreactiva, movimientos tónico-clónicos en hemicuerpo izquierdo y Glasgow 8-9. Se administra dosis de diazepam y se decide traslado a hospital para solicitar TAC en búsqueda de sangrado. A posteriori, la madre relata dos episodios de crisis febriles con movimientos tónico-clónicos a los 12 y 22 meses en su país.

**Exploración y pruebas complementarias:** FC: 79 lpm, TA: 101/60, Temperatura: 37 °C, SO<sub>2</sub>: 99%, AC: rítmica sin soplos, Neurológico: desviación de la comisura bucal a la derecha, hipertonia de MMII con hiperreflexia de ROT y escasa movilidad espontánea. Signos meníngeos negativos. Mancha hipocrómica en hemitórax e hipertriosis. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. TC craneal: No signos de hemorragia, contusión aguda o fractura. Imagen nodular de 28 mm con calcificaciones periféricas en fosa media con extensión supraselar sugestiva de craneofaringioma. Analítica de eje hipofisario: TSH: 1,6, T4: 0,85, LH: 0,3, testosterona < 0,1, prolactina: 1.124, FSH: 0,7, cortisol basal 6,6, somatomedina: 13. Electroencefalograma normal. Se procede a traslado a neurocirugía donde se ingresa donde se procede a craneotomía con resección completa de la lesión sin incidencias. Una semana más tarde se decide alta con desmopresina, tiroxina e hidrocortisona como tratamiento.

**Juicio clínico:** Crisis convulsiva. Craneofaringioma mixto papilar. Panhipopituitarismo secundario.

**Diagnóstico diferencial:** Hemorragia intracraneal, crisis convulsivas secundarias a tumor, adenoma pituitario, síndrome de silla turca vacía.

**Comentario final:** Al inicio nos encontramos ante una sospecha de hemorragia secundaria a traumatismo. La entrevista con la familia fue dificultosa por la barrera lingüística, quienes no dieron importancia a los antecedentes hasta insistirles, por lo que la sospecha principal era la de sangrado. Sin embargo, la visión del caso cambió radicalmente al encontrar el incidentaloma en el TC.

### Bibliografía

1. Maity A, Pruitt AA, Judy KD. Cancer of the central nervous system, eds. Abeloff's Clinical Oncology, 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill Livingstone, 2008.

**Palabras clave:** *Traumatismo. Convulsión. Midriasis. Craneofaringioma. Panhipopituitarismo.*