



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2988 - Buscábamos una hemorragia y encontramos un tumor

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

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cieza. Murcia. ^dEnfermera. 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, SO₂: 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, 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill Livingstone, 2008.

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