



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/1367 - DOCTORA, NO VEO BIEN Y ME DUELE LA CABEZA

M. Cano Gómez<sup>1</sup>, F. Santonja Renedo<sup>2</sup>, J. Solano López<sup>3</sup> y P. Abenza Jiménez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mario Spreáfico. Archena. Murcia.

<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia.

<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. <sup>4</sup>Médico de Urgencias. Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Cieza. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 43 años consulta por clínica depresiva desde hace unos 4 meses, con alteraciones bruscas del estado de ánimo y crisis de ansiedad. Además, refiere visión borrosa y fotofobia. Las alteraciones visuales se acompañan de cefalea intermitente. Refiere que trabaja como conductor de autobús y que estas molestias las atribuye a las largas horas al volante y a la conducción nocturna. Afebril sin otra sintomatología previa. Sin antecedentes patológicos de interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. NH/NC. T<sup>a</sup>: 36,3 °C. FC: 68 lpm. TA: 135/84 mmHg. Sat. O<sub>2</sub> al 100% respirando aire ambiente. ACP: rítmico sin soplos ni ruidos patológicos. MVC. CyC: no adenopatías ni IY. Signos meníngeos negativos. No doloroso a la palpación. Abdomen: ByD. No masas ni megalias palpables, peristaltismo conservado. No doloroso. MMII: No edemas ni signos de TVP. Exploración neurológica: Glasgow 15. CyO en las 3 esferas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares centrados y simétricos. Campimetría con alteraciones visuales, refiere visión borrosa binocular con campo visual por confrontación conservado. Conjuntiva de aspecto normal. Tono del globo ocular normal, no doloroso a la digitopresión. No disimetría ni disdiacocinesia. Fuerza y sensibilidad conservadas. Balance muscular 5/5. Romberg. TC de cráneo simple: macroadenoma hipofisario de 4 × 3 cm, con invasión de seno cavernoso derecho, desplaza quiasma y remodela silla turca.

**Orientación diagnóstica:** En la clínica de los macroadenomas hipofisarios destacamos: cefaleas (40%) y alteraciones visuales (60%) producidas por efecto masa. Además, la mayoría de pacientes presenta alteraciones neuropsiquiátricas producidas por compresión o por hipopituitarismo. Señalar que puede producirse insuficiencia suprarrenal secundaria con síntomas como pérdida de peso, anorexia, debilidad, dolor abdominal, náuseas, vómitos o fiebre.

**Diagnóstico diferencial:** Depresión. Macroadenoma hipofisario. Presbicia.

**Comentario final:** Destacar la importancia de descartar causas orgánicas en el diagnóstico diferencial de los cuadros depresivos. Pues desde AP gracias a una buena anamnesis y a la confianza que depositan los pacientes en nosotros podemos llegar a diagnosticar de forma precoz patologías de gran importancia.

## **Bibliografía**

1. Dekkers OM, Hammer S, DeKeizer RJ, Roelfsema F, Schutte PJ, Smit JW, et al. The natural course of non-functioning pituitary macroadenomas. *Eur J Endocrinol.* 2007;156(2):217-24.
2. Alameda C, Lahera M, Varela C. Tratamiento de los adenomas hipofisarios clínicamente no funcionantes. *Endocrinol Nutr.* 2010;57(2):71-81.

**Palabras clave:** Cefalea. Depresión. Macroadenoma hipofisario.