Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1339

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/812 - DOCTORA, POR ESTE OJO NO VEO

M. Sánchez García[1], M. García Ortiz[2], C. Villalba Benavent[3] y G. Moreno Torres[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bellavista. Sevilla. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivar de Quintos. Sevilla. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla. [4]Médico de Familia. Centro de Salud Bellavista. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a su médico de familia por presentar desde hace tres días cefalea intensa, mareos, náuseas, ptosis palpebral derecha y pérdida de visión de ojo izquierdo. Indagando en la historia del paciente, refiere disminución de la libido y astenia en los meses previos.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, se encuentra consciente, orientado y colaborador. Glasgow 15/15. Bradipsíquico. Diplopía binocular. Pérdida de agudeza visual en OI (cuenta dedos) y oftalmoparesia de III y VI par craneal derecho. Signos meníngeos negativos. No presenta déficits motores ni sensitivos. Es derivado a urgencias hospitalarias, donde se realiza: TC de cráneo: macroadenoma hipofisario (31 × 19 × 25 mm). Hemograma: leucocitosis. Resto anodino. Bioquímica: FR normal. K+: 2,9, Na+: 129. Se cursa ingreso en planta de endocrinología, donde se realiza analítica con perfiles hormonales, que muestra panhipopituitarismo.

Orientación diagnóstica: Con las PPCC realizadas, el paciente es diagnosticado de apoplejía hipofisaria por macroadenoma no funcionante. Su caso es comentado en comité y se evalúa componente inflamatorio de la clínica del paciente, por lo que se decide tratamiento corticoideo y hormonal sustitutivo al alta, con revisiones en consulta de neurocirugía, neurooftalmología y endocrinología. A día de hoy, el paciente se encuentra en seguimiento en las consultas, con un cumplimiento terapéutico irregular y escaso interés en realizar las pruebas complementarias pertinentes para valorar su evolución.

Diagnóstico diferencial: Con los síntomas descritos, el diagnóstico diferencial inicial debe hacerse entre accidente cerebro vascular o lesión ocupante de espacio (como era el caso). Una vez realizado el TC, el diagnóstico se centraba entre los diferentes tumores hipofisarios: Prolactinomas, adenomas secretores de GH, adenomas corticotropos... Relevancia para Atención Primaria: En ocasiones, ciertas alteraciones visuales pueden aparecer en cefaleas benignas, como la migraña con aura, pero la forma de aparición del dolor, su localización y las características de las alteraciones visuales, así como una exploración neurológica fuera de la normalidad u otros síntomas de alarma, deben hacer que el médico de familia derive al paciente a urgencias para continuar estudio.

Comentario final: Los macroadenomas hipofisarios presentan en el momento del diagnóstico

cefalea y alteraciones visuales en más de la mitad de los casos. La apoplejía hipofisaria se produce por una hemorragia o infarto de la glándula pituitaria debido al adenoma hipofisario. Puede causar la aparición repentina de una cefalea insoportable, diplopía e hipopituitarismo.

Bibliografía

1. Bustamante Odriozola J, Pérez Martín Á, San Miguel Martín N, Martínez Revuelta D, Azagra Calero A, Nielfa González M. Apoplejía hipofisaria. Medicina general y de familia. 201;7(3):114-6.
2. Cámara Gómez R. Tumores hipofisarios no funcionantes: actualización 2012. Endocrinología y Nutrición. 2014;61(3):160-70.

Palabras clave: Apoplejía hipofisaria. Macroadenoma hipofisario.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.