

**Caso clínico:** Presentamos en este trabajo el caso de una mujer de 65 años sometida a la suprarrenalectomía bilateral en el Hospital La Paz de Madrid en 1970, a los 30 años de edad, en el contexto de una enfermedad de Cushing. Fue seguida periódicamente en el Hospital de La Concepción de Madrid. A los 43 años se le detectaron cifras elevadas de ACTH en sangre (528 pmol/ml), sin objetivarse masa hipofisaria en la tomografía computarizada (TC). A los 50 años acude a nuestro centro por cuadro de cefalea de 48 h de evolución que motivó su ingreso. Veinticuatro horas más tarde, comenzó con intenso malestar seguido de amaurosis de ojo derecho, hemianopsia temporal izquierda e insuficiencia antehipofisaria global, por lo que se practica nuevo TC Y resonancia magnética (RM), y se demostró un microadenoma de 5 mm, en la región hipofisaria con extensión supraselar y hematoma selar y supraselar. Se pautó tratamiento con hidrocortisona, 5-fluorhidrocortisona y tiroxina, con buena respuesta a éste. La paciente fue valorada por el servicio de neurocirugía, y se desestimó el tratamiento quirúrgico. Permanece en situación clínica estable desde entonces, y ha precisado el ingreso en 2 ocasiones por hiponatremia secundaria a potomanía. El tamaño tumoral actual es de 5,2 mm.

**Discusión:** El síndrome de Nelson se presenta en un 20-25% de pacientes sometidos a suprarrenalectomía bilateral. La presentación como apoplejía hipofisaria puede considerarse una rareza cuando se trata de un microadenoma, si bien no disponemos de los datos de incidencia en el contexto de nuestra paciente. En pacientes con adenoma hipofisario, se ha publicado una incidencia de entre el 2,3 y el 6,8% en función de la gravedad de los casos, y hemorragia asintomática en el 7,5% (resultados de la revisión de 560 pacientes en una experiencia de 30 años). Se ha detectado una menor incidencia cuando se practica radioterapia hipofisaria profiláctica previa. No hay datos clínicos ni de laboratorio que puedan predecir la aparición del síndrome antes de practicarse la cirugía. Los escotomas son hallazgos precoces de la enfermedad. Valores altos de ACTH (> 154 pmol/l) tienen un alto valor predictivo positivo y obligan a realizar RM periódicas. La RM con gadolinio es superior a la TC en la detección de masas hipofisarias. Se han ensayado múltiples tratamientos farmacológicos con bromocriptina, ciproheptadina, cabergolina y ácido valproico, con respuestas muy limitadas, pese a que se han descrito casos aislados de remisión completa. La opción más eficaz es la cirugía hipofisaria seguida de radioterapia.

## FE DE ERRORES

En el artículo "Pancreatitis por hiperparatiroidismo primario durante el embarazo" del número de enero de ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN (Endocrinol Nutr. 2006;53:56-9) aparece un error en el nombre de uno de los autores; en lugar de M.J. Molina-Pueras debe aparecer M.J. Molina-Puertas.

En el artículo "Sobre las Secciones y los Grupos de Trabajo de la SEEN" del mismo número de enero (Endocrinol Nutr. 2006;53:1-2) se omitió por error el nombre del coordinador del Grupo de Trabajo de Neoplasia endocrina múltiple. En el Catálogo de Grupos de Trabajo y Secciones de la SEEN debería aparecer: *Neoplasia endocrina múltiple* (F.J. Tébar)