



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

469/75 - MICROSÍNTOMAS, MACROPROBLEMAS

A. Cruz Núñez¹, W. González Sifuentes², M. Arrazola Vallejo³, N. Sayyad Hernando², J. Romeo Ollora⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Olarizu. Álava. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lakuabizkarra. Vitoria-Gasteiz. Álava. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Martín. Vitoria-Gasteiz. Álava. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz. Álava.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años sin antecedentes relevantes, que acudió a consulta de atención primaria por galactorrea y menstruaciones irregulares. Tres años antes había sido estudiada en consulta de neurología por episodios de cefalea donde tras realización de RMN cerebral (sin hallazgos de interés) se diagnosticó de migraña sin aura.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración neurológica era completamente normal, salvo una dudosa afectación del campo visual periférico en la campimetría por confrontación. Se realizó una analítica sanguínea donde se objetivó una prolactina de 43 ng/ml (normal 30 ng/ml), con el resto de valores estudiados dentro de los parámetros de normalidad. Se decidió derivar a oftalmología, donde no se objetivó clara hemianopsia bitemporal en el estudio campimétrico, y a neurología, donde se realizó nueva RMN cerebral que mostró un macroadenoma hipofisiario de 11,5 × 10 mm que abombaba el contorno del diafragma sellar, obliteraba la cisterna supraselar y contactaba con la porción inferior del quiasma óptico desplazando en sentido caudal la porción prequiasmática del nervio óptico derecho. Ante los hallazgos, y tras ampliar estudio endocrinológico para descartar otras alteraciones hormonales asociadas (como la elevación de IGF-1 en adenomas somatotropos o elevación de ACTH típica de adenomas corticotropos) se derivó a neurocirugía donde realizaron resección endoscópica del tumor. Se instauró inicialmente tratamiento hormonal con levotiroxina, hidroaltesona (para situaciones de estrés) y desmopresina. En la actualidad se realiza seguimiento por endocrinología y atención primaria.

Juicio clínico: Macroadenoma hipofisiario.

Diagnóstico diferencial: Fármacos (antagonistas del receptor de DA, estrógenos, antipsicóticos...) Hipotiroidismo primario (por estimulación de la PRL por parte de la TSH). Síndrome de ovario poliquístico. Enfermedad renal crónica (por disminución del aclaramiento de PRL).

Comentario final: Los adenomas son los tumores hipofisarios más frecuentes, se localizan en la silla turca, y se manifiestan clínicamente por compresión de estructuras vecinas (como el quiasma óptico) así como por hipo o hiperfunción hormonal. Dada su variabilidad en cuanto a su expresión (en nuestra paciente, galactorrea y alteraciones menstruales), es importante una alta sospecha clínica al inicio de los síntomas para un diagnóstico precoz.

Bibliografía

