



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2131 - Doctor, me duele la cabeza y no me hacen caso

M.S. Fernández Guillén^a, A.M. Fernández López^b, M. Martínez Hernández^b, R.F. Sánchez Lizarraga^c, E.M. Fernández Cueto^d, C. Celada Roldán^e, M. González^a, M. García Aroca^f y M. Pons Claramonte^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^fMédico Residente de 3º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años que acude a urgencias derivado por su médico de atención primaria tras múltiples consultas a urgencias por cefalea frontotemporal derecha de más de 20 días de evolución y astenia. Cefalea continúa sin aura reconocida, con exacerbaciones pulsátiles en ocasiones que eventualmente despierta por la noche. No alteraciones visuales ni otra clínica de interés para el caso. Entre sus AP destaca: Fumador activo de 40 cigarrillo/día. Traumatismo en 2013 con TCE del que niega secuelas. Antecedente de consumo de cocaína (no en la actualidad). Trastorno adaptativo mixto (F60. CIE10) y trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cocaína (F14 según CIE10). Sin tratamiento en la actualidad.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, C y O, normohidratado y normocoloreado. Glasgow 15/15. Afebril. NRL: Funciones superiores normales. Lenguaje coherente. Pares craneales: pupila derecha ligeramente midriática 1 mm con fotomotor y consensuado normales. Resto de pares normales. Balance motor 5/5 no disimetrías no alteraciones de la fuerza. Romberg negativo. Analítica: Glucosa 105, urea 30, Cr 1,03, Na 141, K 4,3. Urato 5,2, Ca 8,9, perfil hepático normal. Colt 155. PCR 0,4. TSH 2.490 t4 1,05, cortisol 11,7, CEA 1,1, AFP 2,3, Ca 125 4 Ca 19,9 7, Beta2microglobulina 1,89, ANA negativo. Hemograma normal, orina normal no tóxicos en orina, serología VHB, VHC VIH y lúes negativo. TAC craneal: No se observan lesiones intracraneales. Alteración del dorso de la silla turca asociada a pequeña imagen quística que parece comunicar con cisterna supraselar. RMN cerebral: Unión cráneo-cervical normal. Sistema ventricular, surcos cerebrales y espacios cisternales normales. Tronco encéfalo de morfología y señal normal. Cerebelo sin alteraciones. Contenido de los conductos auditivos internos de apariencia normal. Lesión selar a estudio. RMN hipófisis: Se observa lesión sólido-quística de 2,7 × 1,98 × 1,57 cm de tamaño, localizado en el lado derecho de la silla turca, con extensión supraselar y hacia seno esfenoidal. Invade el seno cavernoso derecho a nivel posterior contactando con pared medial de carótida, sin estenosis ni trombosis de la misma. Mínimo efecto de masas sobre lado derecho del quiasma óptico, con tracción hacia el mismo lado del tallo hipofisario. Toda la glándula hipofisaria está desplazada hacia la izquierda. Comparando con estudio previo de 2013, se demuestra que esta lesión estaba presente en un tamaño similar y con calcificaciones en su interior.

Juicio clínico: Craneofaringioma.

Diagnóstico diferencial: Todos los tumores supratentoriales (adenoma, meningioma, etc.).

Comentario final: Las enfermedades hipofisarias son raras en atención primaria, siendo la patología más frecuente la tumoral. La sintomatología inicial suele ser muy inespecífica, variando el cuadro clínico según la edad. Inicialmente los pacientes mayores, pueden presentar síntomas generales tales como depresión y trastornos mentales, que dificultan el diagnóstico. Por esta razón el papel del médico de familia es fundamental y de una importancia extraordinaria, sobre todo en este caso donde las múltiples consultas se enmascaraban por el antecedente del consumo de tóxicos. Es crucial para nuestra práctica diaria no solo el saber reconocer los síntomas sino también el no dejarnos guiar por prejuicios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Petito CK, Degirolami U, Earle KM. Craniopharyngiomas. A clinical and pathological review. Cancer. 1976;37:1944.
2. Ortega-Aznar A, Romero-Vidal FJ. Tumores del sistema nervioso central en la infancia: aspectos clinicopatológicos. Rev Neurol. 2004;38(6):554-64.