Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):55

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1268 - Doctor, no me caben los zapatos

C. Celada Roldán[a], M.I. Gómez López[b], S. Blasco Muñoz[c], E. Sánchez Pablo[b], A. Salas Sola[b], C.M. Maté Sánchez de Val[d], M. García Aroca[a], C. García Balsalobre[e], N. Martínez Navarro[f] y E. Cañada Cámara[f]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia.[c]Médico Residente. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia.[d] Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.[e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena.[f]Médico de Familia. Centro de Salud de San Antón. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años sin alergias medicamentosas conocidas y sin hábitos tóxicos, con antecedentes de hipertensión controlada y SAOS en tratamiento con CPAP. Acude a nuestra consulta de Atención Primaria ya que refiere desde hace 3 meses crecimiento de manos y pies que ha precisado cambio de número de zapato, artralgias así como disminución agudeza visual sin cefalea asociado.

Exploración y pruebas complementarias: Obesidad troncular. TA: 130/82. Afebril. Buen estado general sin focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar, exploración cuello, abdominal y de genitales externos anodino. Destacar prognatismo mandibular, engrosamiento difuso de partes blandas de manos y pies sin signos de inflamación articular ni limitación funcional. Pruebas complementarias: ECG: anodino. Rx tórax: anodina. Ante la sospecha clínica de acromegalia se deriva a endocrinología para ampliar estudio: Glu basal: 90 mg/dL, ac. úrico, iones, función renal y hepática normal. Tg: 98 mg/dL. TSH: 0,11 ?U/mL, t4: 1,19 ng/mL, t3l: 2,47 pg/ml pth: 43. Estudio hormonal: HG: 18,6, IGF-1 579. Prolactina: 15,1 ng/ml. LH: 4,94 mUi/mL. Testosterona 3,3 ng/ml, cortisol 18,1 mg/dL. TAC cerebral: macroadenoma hipofisario de 1,8 cm. RM cerebral con contraste: tumoración hipofisaria 2,3 × 1,8 × 2,2 cm con compresión del quiasma óptico. Campimetría: sin alteración evidente. Se remite de forma preferente a neurocirugía para adenomectomía.

Juicio clínico: Acromegalia. Macroadenoma hipofisiario que desplaza quiasma óptico.

Diagnóstico diferencial: Acromegalia inactiva. Prolactinoma manos y pies grandes familiares. Mixedema.

Comentario final: La acromegalia es la hipersecreción crónica e inapropiada de la hormona de crecimiento (GH) después del cierre de los cartílagos de conjunción. Su prevalencia es de 40 a 70 casos por millón. Generalmente está producida por un adenoma hipofisario y se asocia a un aumento de la mortalidad por enfermedades vasculares y respiratorias por lo que su sospecha diagnóstica mediante una completa exploración física por aparatos desde Atención Primaria es esencial para un correcto diagnostico que permitirá un tratamiento quirúrgico precoz ya que puede comprometer la vida del paciente; así como un seguimiento posterior.

Bibliografía

1. Killinger Z, Payer J, Imrich R, Homérova Z, Kuzma M, et al. Arthropaty in acromegaly. Rheum Dis Clin North Am. 2010;36:713-20.

Palabras clave: Acromegalia. Macroadenoma. Hormona de crecimiento. IGF-1.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.