



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/879 - Alteraciones visuales

L. Amer Al Arud^a, A.M. Martínez Belchi^b, M. Villamor Villarino^a, L.L. Cabrera Sánchez^a, S. Martínez Pagán^c y L. Sambrana Iglesias^c

^aMédico Residente; ^bMédico de Familia. Centro de Salud de El Palmar. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Campo de Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años consulta a su MAP por alteraciones visuales. Como antecedentes personales: No AMC. DM tipo 2 insulinodependiente. BMN. Obesidad grado III. Su MAP le realiza derivación a Urgencias (diagnóstico al alta: miopización bilateral transitoria en relación a DM con revisión posterior por oftalmólogo de zona). A los 15 días la paciente vuelve a consultar en Urgencias por el mismo motivo (visión borrosa “como niebla”, valorada 3 veces por Oftalmología en los últimos 15 días, quien ha descartado patología por su parte). Se pide un TAC urgente en el que se observa masa supraselar. Se contacta con neurocirujano de guardia, quien indica el ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: EF: AP: TA 119/60 FC 90 lpm. SatO2: 100%. Exploración neurológica: sin focalidad. Urgencias: TA 123/65. T^a 36,1 °C, FC 90 lpm, SatO2: 99%. BEG. CyO. ACP: rítmica, sin soplos. MVC. Neurológico: sin focalidad (aunque no distingue dedos a 2m). EC: TAC Urgencias: masa selar con extensión supraselar sugestiva de macroadenoma hipofisario. RMN cerebral prequirúrgica: masa heterogénea supraselar con extensión selar y predominio quístico. No sangrado o calcio intralesional. El tumor ocupa en su extensión superior la cisterna quiasmática y produce efecto de masa sobre el mesencéfalo, tercer ventrículo y cisterna interpeduncular. Campimetría preoperatoria: reducción extrema de ambos campos visuales hasta la práctica ceguera de ambos ojos. Prueba de sed preoperatoria: + diabetes insípida. RMN cerebral postquirúrgica: cambios postquirúrgicos con área de isquemia y pequeños restos hemáticos en región frontal izquierda, y persistencia de restos tumorales en cintilla óptica bilateral y tálamo. Anatomía Patológica intraoperatoria: craneofaringioma papilar.

Juicio clínico: Craneofaringioma papilar.

Diagnóstico diferencial: Anomalías congénitas: quiste aracnoideo, quiste de la bolsa de Rathke. Otros tumores: tumores hipofisarios, metástasis, meningioma, dermoides y epidermoides, gliomas óptico-hipotalámicos. Proceso infeccioso/inflamatorio: granuloma eosinofílico, hipófisis linfocitaria, sarcoidosis, tuberculosis.

Comentario final: El médico de Atención Primaria debe tener en cuenta que los síntomas de hipertensión intracraneal o deterioro progresivo de la función visual son emergencia neuroquirúrgica.

Bibliografía

1. Greenberg MS, Arredondo N. Handbook of Neurosurgery, 6th ed. Thieme New York, 2005.

2. Guzmán Ortuño Pacheco FJ, Martínez Días FA. Lecciones de anatomía patológica especial para estudiantes de Medicina, 2^a ed. Diego Marín, 2011.

Palabras clave: *Craneofaringioma papilar. Hipertensión intracraneal. Función visual.*