



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3297 - DAME UN VOLANTE PARA EL OFTALMÓLOGO

H. Campos Rodríguez^a, E. Cisneros Aguirre^a, E. Pérez Valle^b, S. Rojilla Martín^a, P. Rodríguez Rodríguez^a y A. Ruiz-Valdepeñas González^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Parla. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus; tratamiento con enalapril y metformina. Acude a su centro de salud para control de paciente crónico, refiere pérdida de visión periférica de predominio en ojo izquierdo, de forma progresiva en el último mes. Solicita una interconsulta a Oftalmología para valorarlo.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 145/80 mmHg, FC: 80 lpm. Exploración neurológica: Glasgow 15/15, funciones corticales superiores conservadas. Pupilas isocóricas e isorreactivas. Déficit campimétrico temporal bilateral. Movimientos oculares conservados. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. No disimetría. No disidiadococinesia. Resto de exploración normal. Derivamos a Urgencias donde realizan las siguientes pruebas complementarias: Analítica de Urgencias: normal. Campimetría: hemianopsia bitemporal con defecto absoluto completo ojo izquierdo y relativo parcial ojo derecho (cuadrante temporal superior pasando rafe medio hacia inferior). CT de cráneo en Urgencias y posterior RM craneal con lesión selar con extensión supraselar con moderada deformidad de nervios ópticos intracraneales y quiasma, a considerar macroadenoma con áreas de degeneración quística como primera posibilidad.

Juicio clínico: Macroadenoma hipofisario con efecto de masa en nervios ópticos.

Diagnóstico diferencial: Craneofaringioma, accidente cerebrovascular, enfermedad desmielinizante, somatización.

Comentario final: Al paciente se le realizó abordaje transesfenoidal por Neurocirugía realizándose extirpación del macroadenoma hipofisario sin incidencias, con buena evolución. El tumor es analizado por Anatomía Patológica con diagnóstico de adenoma de hipófisis gonadotropo con inmunohistoquímica positiva para FSH y LH. Tras la intervención presenta un panhipopituitarismo secundario por lo que sigue tratamiento sustitutivo y controles endocrinológicos. Los tumores de hipófisis son en su mayoría de naturaleza benigna y pueden ser funcionantes o no funcionantes dependiendo de si producen o no secreción excesiva de alguna hormona. El déficit visual típico producido es la hemianopsia bitemporal por compresión del quiasma y/o nervios ópticos que inicialmente pueden ser percibidos por el paciente como síntomas banales y esconder una patología de base de mayor importancia.

Bibliografía

1. Saeger W, Lüdecke DK, Buchfelder M, et al. Pathohistological classification of pituitary tumors: 10 years of experience with the German Pituitary Tumor Registry. *Eur J Endocrinol.* 2007;156:203.
2. Pressman BD. Pituitary imaging. In: Melmed S, ed. *The Pituitary*, 2nd ed. Blackwell Science Inc., Malden, MA, 2002.

Palabras clave: Adenoma. Hemianopsia. Trastornos de la visión.