



242/3249 - OBESIDAD POR CAUSAS NEUROENDOCRINAS

M. Aceves Espinaco^a, A. Martínez Seoane^b, J. García Fernández^b, S. Rodríguez Casillas^c, L. Fernández García^d y J. Rodríguez Hernández^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero-Sariego. Asturias. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. Asturias. ^dMédico de Familia. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ^eMédico de Familia. Urgencias Hospital Valle de Nalon. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 31 años que acude a nuestra consulta por incremento de peso no relacionado con una ingesta excesiva, presentando un IMC de 41,18 (peso de 129 Kg y talla de 1,77 m). Acude al mes a revisión y presenta un peso de 134 kg (IMC 42,77) y se deriva a Endocrinología. A los dos meses acude a nuestra consulta refiriendo que está realizando una dieta y que presenta molestias en los tobillos. Acude de nuevo a nuestra consulta pasado otro mes refiriendo que se encuentra mal, que esta como somnoliento, quejándose de la hinchazón de sus tobillos por lo que se solicita nueva IC a Endocrinología. A los 6 meses de su primera visita acude refiriendo disminución de la agudeza visual, por lo que se solicita interconsulta a oftalmología. Durante este tiempo acude en una ocasión a urgencias del Hospital de referencia por pérdida de visión y de la memoria solicitándose IC con Neurología y Oftalmología. Es diagnosticado de trastorno cognitivo subagudo, ingresando en Neurología. Le realiza RM craneal y se deriva a Neurocirugía por craneofaringioma.

Exploración y pruebas complementarias: Aumento de peso progresivo e hiperglucemias sin respuesta a dieta ni actividad física. Presenta ligera dificultad de atención, desorientación temporal y colabora mal. Tiene severas dificultades para la lectura o la escritura. Resto de exploración neurológica normal. RM craneal: tumoración de 4 × 4 × 4 cm, localizada a nivel de la silla turca, comprime glándula hipofisaria, se extiende a nivel supraselar e infraquiasmático, desplazando y comprimiendo quiasma.

Juicio clínico: Craneofaringioma.

Diagnóstico diferencial: Astrocitoma, germinoma, hipotiroidismo.

Comentario final: La sintomatología inicial de estos pacientes suele ser muy inespecífica, por lo cual el médico de cabecera tiene que estar atento de cualquier signo fuera de lo normal en un paciente con obesidad en la cual ya se han descartado otras causas. Aunque lo más común es que se diagnostique ya afectada la vía óptica, un diagnóstico precoz, pronta derivación y tratamiento adecuado le permite tener buen pronóstico.

Bibliografía

1. Craneofaringioma infantil. NIH. 2017. Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cerebro/pro/tratamiento-craneo-infantil-pdq>
2. Juan Belloc S, Olagorta García S, et al. Craneofaringioma a propósito de un caso. FML. 2012;16(2).

Palabras clave: Craneofaringioma. Tumor hipofisario. Quiasma óptico.