



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/4375 - CAUSA POCO FRECUENTE DE CEFALEA EN ANCIANO

M. García Estrada<sup>a</sup>, C. Corugedo Ovies<sup>b</sup>, H. Mendes Moreira<sup>c</sup> y G. García Estrada<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo-Trubia. Oviedo. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. <sup>d</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Área IV. Oviedo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: diabetes mellitus II; dislipemia. Tratamiento habitual: simvastatina 40 mg; enalapril 5 mg. Paciente de 72 años, que acude a nuestra consulta de AP por cefalea holocraneal, los últimos 3 días a tratamiento con paracetamol. Acude a consultar por dicho problema el mismo día de consulta de resultados analíticos por control anual. Su familiar refiere astenia y bradipsiquia adicionales las últimas 24h. No fiebre. No clínica a otro nivel. Al ver el resultado de la analítica en nuestra consulta se objetiva presencia de hiponatremia con un sodio de 120 mmol/l por lo que se decide derivar a centro hospitalario para continuar estudios.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientado y colaborador. Tendente al sueño. Eupneico en reposo. AC: RsCsRs AP: MVC abdomen: blando, depresible, no doloroso. RRHH presentes. EEII: no edemas ni signos de TVP. No focalidad neurológica. Pares craneales normales. PsIsNs. Campimetría por confrontación normal. No alteraciones groseras en sensibilidad y movilidad. Bioquímica: glu 98 mg/dl; urea 29 mg/dl; creat 0,93 mg/dl; Na 120 mmol/l; K 4,5 mmol/l; CK 1697U/L; TropT 16 ng/l. PCR 8 mg/dl. Na en orina 143 mmol/l. Hemograma: Hb 13,2 g/dl; leuco 14,13; neu 56,1%; plaq 115. Coagulación: normal. Orina: normal. Rx tórax: derrame pleural derecho crónico. ECG: ritmo sinusal. TAC craneal: aumento de tamaño de hipófisis 11 × 12 × 15 mm sugestivo de adenoma hipofisario. Resto sin alteraciones.

**Orientación diagnóstica:** Posible apoplejía hipofisaria.

**Diagnóstico diferencial:** Posible apoplejía hipofisaria. SIADH. Hiponatremia secundaria.

**Comentario final:** La apoplejía hipofisaria es un síndrome clínico que consiste en cefalea, vómitos, disminución del nivel de conciencia, disminución de agudeza visual de carácter agudo. Se trata de una expansión de la hipófisis secundaria a un infarto isquémico o hemorrágico. Se consideran factores favorecedores diabetes, HTA, IRC, RT hipofisaria, adenoma hipofisario, traumatismos craneales, tratamiento con bromocriptina, etc. La sospecha clínica se confirma con TAC/RMN craneal. Se recomienda la determinación urgente de las concentraciones plasmáticas de TSH, T4L, cortisol y prolactina, con objeto de valorar la necesidad de terapia hormonal sustitutiva y la funcionalidad de los adenomas hipofisarios. La sospecha clínica desde atención primaria para evitar secuelas posteriores es primordial.

### Bibliografía

1. Glezer A, Bronstein MD. Pituitary apoplexy: pathophysiology, diagnosis and management. Arch Endocrinol Metab. 2015;59(3):259-64.

**Palabras clave:** Cefalea. Apoplejía hipofisaria. SIADH.