



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1683 - EL EJE DE TODO MAL

J. Padial Berbel<sup>a</sup>, N. Sanmamed Saiz<sup>b</sup>, L. Torres Ganoza<sup>b</sup> y M. Alguacil Rodríguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Santa Margarida de Montbui. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Igualada Urbà. Barcelona. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Igualada Urbà. Barcelona.

## Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 53 años que acude a consulta habitual de AP por astenia progresiva, hiporexia, pérdida de peso, sudoración nocturna sin fiebre, y estreñimiento con deposiciones filiformes y tenesmo rectal. AP: ingreso reciente por DI central, Linfoma folicular estadio IV.

**Exploración y pruebas complementarias:** HDME, AR: semiología de derrame pleural 1/3 inferior. AC: TCR sin soplos. Abdomen: distendido y globuloso, no doloroso, dudosa semiología ascítica. EXT: edemas en MMII, sin signos de TVP, pulsos periféricos conservados. TR: escasa relajación de esfínter anal, sin masas. Desde AP se realiza 2 analíticas de sangre (A/S): hipotiroidismo secundario (TSH 0,07 mU/ml, T3 1,6 pmol/l, T4 9,46 mU/ml); que se amplía: hipogonadismo hipogonadotro (testosterona 0,24 nmol/l), hipotiroidismo secundario (TSH 0,07 mU/ml, T3 1,6 pmol/l, T4 9,46 mU/ml), hipoprolactinemia (prolactina 223 mU/l), déficit de GH, un déficit GH (IGF-1 63,2 ng/mL) con buen control de DI (renina 2,6 ng/mL/h (N)). Rx tórax: derrame pleural inferior y derrame pericárdico. Rx abdomen: normal. PET/TC: progresión de la enfermedad ganglionar supra e infradiaphragmática, y de la enfermedad ósea y pleural. RNM craneal con contraste: disminución del engrosamiento del infundíbulo hipofisario sin captación meníngea ni otra lesión estructural.

**Orientación diagnóstica:** Dado los AP, y diagnóstico de hipotiroidismo secundario (1ra A/S) se realiza una ampliación a nuevas pruebas hormonales, objetivándose así la afectación de otros ejes. Se deriva a servicio de MI para la realización preferente de PC, a fin de confirmar una afectación hipofisaria de posible origen linfomatoso.

**Diagnóstico diferencial:** Hipogonadismo hipergonadotro, hipotiroidismo primario, hipotiroidismo terciario, insuficiencia suprarrenal primaria... Diagnósticos: 1. Derrame pleural derecho y ascitis secundaria. 2. Panhipopituitarismo secundario (hipogonadismo hipogonadotro, hipotiroidismo secundario, hipoprolactinemia, déficit de GH, DI central). 3. linfoma folicular B est. IV. 4. engrosamiento infundíbulo hipofisario.

**Comentario final:** Se realizó consulta a endocrinología para iniciar el tratamiento sustitutivo y control en consulta AP para su seguimiento y ajuste del tratamiento hormonal. Ante un paciente frágil llevar a cabo un seguimiento con interés en los cambios clínicos, necesidades de tratamiento y posible problemática intercurrente nuestro paciente, una vez reducida la sintomatología con tratamiento sustitutivo, consigue una mejor calidad de vida.

## Bibliografía

1. Snyder PJ. Causes of hypopituitarism [Internet]. UpToDate, 2018). Disponible en:  
[https://www.uptodate.com/contents/causes-of-hypopituitarism?topicRef=6637&source=related\\_link](https://www.uptodate.com/contents/causes-of-hypopituitarism?topicRef=6637&source=related_link)

**Palabras clave:** Hipopituitarismo. Linfoma. Diabetes insípida.