



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/2383 - ¿SÓLO ERAN SÍNCOPE VASOVAGALES?

D. Narganes Pineda<sup>a</sup>, M. Alonso Fernández<sup>b</sup>, S. del Amo Ramos<sup>b</sup> y L. Cotillas García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pisuerga. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 67 años sin alergias medicamentosas conocidas con AP de síncope vasovagales y sin hábitos tóxicos, que presenta cuadros presincopeciales de repetición desde hace 6-7 años en seguimiento por Cardiología. Acude a consulta por mareos y debilidad posterior. Refiere cuadro de infección de vías respiratorias altas en días previos, con tos, expectoración y fiebre de hasta 38 °C. Comenta que los cuadros presincopeciales son cada vez más frecuentes y acompañados de sudoración intensa, no lo relaciona con sobre esfuerzos. Su mujer refiere que le nota más decaído, y dependiente para actividades del día a día. Presenta pérdida de vello de larga evolución y mala tolerancia al frío. Niega alteraciones visuales.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, TA 125/85, FC 48 lpm, SatO<sub>2</sub> 98%. DXT: 93 mg/dl. Vello facial y corporal escaso, mínima ginecomastia bilateral. ACP, abdomen y extremidades inferiores sin alteraciones. Pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservada, no dismetría y ROT simétricos. Analítica: anemia normocítica normocrómica, iones normales, TSH 3,45 y T4L 0,37 ng/dl, cortisol basal 2,9 µg/dl, ACTH 19,6, FSH 3,7 y LH 0,6 UI/L, PRL 12,3, IGF-I 43,6 ng/ml, Testosterona < 0,1. ECG: Ritmo sinusal, sin bloqueos AV y Rx tórax sin alteraciones reseñables. TAC: masa de bordes bien definidos localizada en silla turca de 21 × 22 mm hiperdensa sugestivo de macroadenoma hipofisario. Se recomienda completar estudio mediante RM. Dado los hallazgos en la prueba de imagen y los déficits hormonales detectados, ingresa en Servicio de Endocrinología para ampliar estudio, y posterior cirugía transesfenoidal endoscópica.

**Orientación diagnóstica:** Macroadenoma hipofisario no funcionante. Panhipopituitarismo (insuficiencia suprarrenal secundaria, hipotiroidismo secundario, hipogonadismo, déficit hormona de crecimiento).

**Diagnóstico diferencial:** Sincope cardiaco, por hipotensión ortostática, neuromediado, de esfuerzo, secundario a patología neurológica.

**Comentario final:** Los adenomas hipofisarios, la mayoría tumores no funcionantes, constituyen la causa más frecuente y representan aproximadamente el 60% de casos de hipopituitarismo. Los macroadenomas suelen presentar síntomas visuales, y se asocian con déficit de al menos un eje hormonal hipofisario en el 30% de los casos. Los síntomas suelen desarrollarse de forma insidiosa, incluso varios años antes del diagnóstico. Cuando existen varios déficits hormonales es fundamental

el orden de reposición, eje adrenal primero, seguido del tiroideo. El papel desde Atención Primaria es vital para hacer una aproximación diagnóstica junto con una sistematizada historia clínica y exploración física, además de una evaluación hormonal.

### **Bibliografía**

1. Fernández-Rodríguez E, Bernabeu I. Enfermedades endocrinológicas y metabólicas. Hipopituitarismo. Panhipopituitarismo. *Medicine*. 2012;11(13):773-81.
2. Casanueva FF, Lucas Morante T. En: Farreras-Rozman. *Medicina Interna*, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012; p. 1910-35.

**Palabras clave:** Adenomas hipofisarios. Silla turca. Síncope.