

347/1542 - DOCTOR, LO VEO TODO NUBLADO...

A. Fernández Gómez^a, A. Arias Atauje^b, A. Martínez Asensio^c y M. Guerrero Muñoz^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Amadeu Torner. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Amadeu Torner. Barcelona.

^cMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Amadeu Torner. Barcelona. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Santa Eulalia Sud. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 47 años. NAMC. No hábitos tóxicos. No HTA ni DLP. DM2 a tratamiento con antidiabéticos. AP: Cólico nefrítico. Hiperuricemia. Ambliopía desde la infancia. IQ: fractura de tobillo. Litotricia. Acude a consulta por visión de neblina intermitente en ojo derecho desde hace 4 días que se convierte en permanente el día de la asistencia. No dolor ocular, no cefalea, no fiebre, no náuseas ni vómitos, no vegetatismo, no otra focalidad neurológica. Derivamos a Oftalmología para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Estado general conservado. AC: tonos rítmicos sin soplos ni roces audibles. NRL: consciente y orientado en las 3 esferas. No alteración del habla ni el lenguaje. MOEs normales. PICNRs. Campimetría por confrontación normal. No asimetría facial. Resto de PPCC normales. No déficit motor. Sensibilidad táctil conservada. No dismetría. Analítica sanguínea: EABv conservado. Función renal y hepática conservada. Ionograma conservado. Tiempos de coagulación conservados. Hemograma sin alteraciones. TC craneal: Dudosa imagen pseudonodular supraselar, discretamente hipertensa, de 19 × 12 mm.

Orientación diagnóstica: Macroadenoma hipofisario.

Diagnóstico diferencial: Neuritis óptica. Aura migrañosa. Desprendimiento retiniano. Pacificación de cristalino.

Comentario final: Oftalmología observa disminución de la agudeza visual, DPAR derecho y FO con papila pálida. Se decide valoración por Neurología que decide su ingreso hospitalario, en el que se completa estudio con RMN cerebral en la que se observa lesión expansiva intraselar sugestiva de macroadenoma hipofisario que comprime vías ópticas. Se realiza interconsulta a Neurocirugía que realiza resección tumoral completa mediante abordar endonasal. Post-operatorio sin incidencias. Remisión clínica completa.

Bibliografía

1. Lloyd RV. Molecular pathology of pituitary adenomas. J Neurooncol. 2001;54:111-9. 2. Faglia G, Spada A. Genesis of pituitary adenomas: state of the art. J Neurooncol. 2001;54:95-110.

Palabras clave: Tumor hipofisario. Visión.