

424/2123 - ACROMEGALIA SECUNDARIA A MACROADENOMA HIPOFISARIO

C. Sánchez Perona¹, E. Pérez Gil², M. Nevado Aponte² y P. Perona Buendía¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre-Pacheco Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 42 años, alérgico a cafeína. Síndrome del túnel carpiano derecho intervenido. No tratamiento crónico. Cáncer colorrectal paterno. Acudió a consulta por cefalea frontal opresiva-punzante, de un mes de evolución, asociada a náuseas y vómitos con sono-fotofobia que interrumpía el sueño.

Exploración y pruebas complementarias: Rasgos faciales y manos toscas que impresionaban de acromegálicos. En exploración neurológica, pupilas isocóricas y normorreactivas, sin edema de papila. Pares craneales centrados y simétricos, sin nistagmus, ni dismetrías, ni alteración de la marcha. Fuerza y sensibilidad conservadas en las cuatro extremidades. Lenguaje fluido y coherente. Sin focalidad ni meníngeos. Se remitió a neurología, donde solicitaron resonancia magnética (RM) cerebral: macroadenoma hipofisario de 15 × 30 × 13 mm, con invasión de ambos senos cavernosos y extensión supraselar. Solicitaron RM hipofisaria con contraste y valoración por endocrinología y neurocirugía. Endocrinología objetivó en RM hipofisaria macroadenoma que ocupaba toda la silla turca e invadía el seno cavernoso izquierdo. Se solicitó perfil hormonal e IGF-1: IGF-1 975; GH 62; ACTH 126 pg/mL; TSH 0,66 mU/L; T4 1,2 mU/L; PRL 166 ng/mL; TT 1,54 ng/dL; FSH 5,2 mIU/ml LH 2,5 UI/L; E2 18 pg/mL.

Orientación diagnóstica: Se diagnosticó acromegalia secundaria a macroadenoma hipofisario, completando estudio con colonoscopia por antecedentes familiares, se inició tratamiento con somatulina mensual, con mejoría clínica y se incluyó en lista quirúrgica de neurocirugía.

Diagnóstico diferencial: Craniofaringiomas, meningiomas, tumores germinales, cordomas, linfomas; metástasis (mama y pulmón), hiperplasia hipofisaria, quistes, abscesos y fistula arteriovenosa.

Comentario final: Los adenomas hipofisarios constituyen la causa más frecuente de lesión ocupante de espacio (LOE) a nivel selar en mayores de 30 años, constituyendo el 10% de los tumores intracraneales. Su incidencia está aumentando significativamente en los últimos años. Según un estudio realizado en Inglaterra con 80,000 pacientes, el 57% de los adenomas detectados fueron prolactinomas, el 28% adenomas no funcionantes, el 11% acromegalias y el 2% adenomas corticotropos.

Bibliografía

1. Freda PU, Post KD. Differential diagnosis of sellar masses. Endocrinol Metab Clin North Am. 1999;28:81.

2. Fernández A, Karevitaki N, Wass JA. Prevalence of pituitary adenomas: a community-based, cross-sectional study in Banbury (Oxfordshire, UK). *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;72:377-82.

Palabras clave: Acromegalia. Hipófisis. Cefalea.