

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Area: Clínica Médica

Unidad Temática 42: TUMORES DE HIPOFISIS

CUADERNO DEL ALUMNO

OBJETIVOS

- Reconocer los cuadros de posible presentación de los tumores de hipófisis.
- Conocer los diferentes tipos de tumores de hipófisis y sus edades de presentación.
- Reconocer los trastornos de hiper e hipofunción de los distintos ejes de la hipófisis: por ejemplo Diabetes Insípida y Síndrome de secreción inapropiada de HAD.
- Identificar topográficamente el trastorno: es esencial que se conozca el concepto de primario y secundario en Endocrinología, según se trate de un trastorno primario de la glándula efectora o una falla en su correspondiente hormona trófica de origen hipofisario.
- Tener idea de las diferentes pruebas funcionales para evaluar dichos ejes y cómo hacer para acercarse al diagnóstico de patología primaria o secundaria en endocrinología.
- Saber cual es la oportunidad y/o necesidad de interconsulta o derivación al especialista.

CONTENIDOS

- Tumores Hipofisarios: Prolactinoma. Presentación en la mujer y el varón. Fisiopatología del eje prolactínico. Drogas que afectan la secreción de prolactina. Diagnóstico. Diagnósticos diferenciales. Evolución y pronóstico.
- Acromegalia: Síndrome acromegálico. STH (somatotropina) estudio de su eje e impacto.
- Enfermedad de Cushing. Características de los tumores productores de ACTH. Dificultades diagnósticas. Diagnóstico diferencial del Síndrome de Cushing dependiente e independiente de ACTH.
- Craneofaringioma: su presentación en la adultez temprana. Cuadro clínico. Valoración del paciente con Panhipopituitarismo. Concepto de reemplazo hormonal.
- Diabetes Insípida: diagnóstico de déficit Neurohipofisarios. HAD (hormona antidiurética) y oxitocina. Concepto de topografía hipotalámica y trastornos hipotalámicos. Diagnóstico diferencial con la forma nefrogénica y la potomanía.
- Síndrome de secreción inapropiada de HAD. Sus diagnósticos diferenciales.

CONTENIDOS A RECUPERAR

- Semiología de los déficits hormonales. Déficit de esteroides sexuales en el varón y la mujer: distribución y posible ausencia de bello dependiente de esteroides.
- Libido. Ginecomastia. Diagnósticos diferenciales.
- Disfunción eréctil, sus causas y características.
- Síndromes poliúricos. Diagnósticos diferenciales. Intoxicación hídrica, sus posibles causas.
- Evaluación funcional hipofisaria: pruebas funcionales para los diferentes ejes.
- Evaluación bioquímica e imagenológica de la región selar y supraselar.

SITUACIÓN PROBLEMA

Datos personales

Daniel de 35 años de edad

Estado Civil: casado, 3 hijos.

Ocupación: administrativo. Trabaja en un estudio contable 8 horas por día.

Grupo familiar: Griselda, su esposa trabaja como empleada de comercio también 8 horas por día en horario partido. 3 hijos de 8, 6 y 4 años sanos.

Vivienda: alquilada, en zona macrocentro, con todos los servicios.

Nivel educativo: secundario completo.

Motivo de consulta

Impotencia **coeundi** de entre 8-10 meses de evolución. Cefaleas ocasionales.

Cierta sensación de tirantez en una tetilla.

Enfermedad actual

Viene a la consulta con Griselda, su esposa, y refiere impotencia funcional (sexual) de 1 año de evolución. Griselda recalca que desde hace por lo menos un año y tal vez algo más, no logra una buena erección. La relación de pareja está bien y él no refiere que tenga ningún problema consciente. La libido en ambos está conservada y si bien es cierto, que con los tres niños no es fácil encontrar el momento para tener relaciones, cuando ocurre la oportunidad y a pesar de los esfuerzos no logra erección. Él confiesa que no tiene otra relación y que sigue deseando a su mujer. Está deprimido porque se siente muy minusválido al no poder cumplir con su esposa y teme perderla. Siente, además, su virilidad amenazada.

Antecedentes familiares

Madre viva y sana.

Padre: fallecido de muerte súbita a los 63 años.

Abuela paterna y abuelo materno diabéticos tipo II.

Antecedentes personales

Miopía no estabilizada. Astigmatismo. Permanece muchas horas delante de la computadora. Irritación ocular frecuente. Refiere cefaleas con cierta frecuencia que se han incrementado en este último año, hasta hacerse muy frecuentes, por lo menos, dos o tres veces por semana. No se acompañan de fotofobia y

no son pulsátiles. Calman con analgésicos comunes, habitualmente toma ibuprofeno 600 mg en las crisis.

En cuanto al motivo de consulta refiere que sus relaciones, antes de este trastorno eran normales, de duración normal y la calidad y duración de su erección era normal, permitiéndole mantener relaciones normales llegando al orgasmo ambos integrantes de la pareja. Nota que en éste último año el deterioro de su función eréctil ha ido en incremento, hasta la imposibilidad total de lograr una penetración.

Admite tener algo de stress laboral, pero en realidad, no nota exacerbaciones en los últimos meses.

Su esposa tampoco ha tenido cambios importantes y refiere que su deseo sexual no ha tenido cambios, y que si bien, ha intentado estimularlo, al principio, luego notó que esto lo incomodaba más y dejó de hacerlo. Refiere que le parece, que él, ya no lo intenta por temor a fracasar.

Examen físico

Paciente en muy buen estado general, peso de 84 Kg. y una talla de 176 cm t. IMC: 27.18 kg/m²

Presión arterial 120/70 mmHg. FC 90 lpm, regular. Afebril.

Cabeza y cuello: normales

Tórax: BEBA sin ruidos agregados. Al examen de las tetillas se constata ginecomastia bilateral, mayor del lado derecho de 20 mm de diámetro mayor y algo menor del lado izquierdo, de aproximadamente 15 mm. Sensibles aunque no francamente dolorosas no sabe referir desde cuando las tiene, no galactorrea ni espontánea ni a la provocación.

Ruidos cardíacos netos, silencios libres

Abdomen: no organomegalias

Extremidades: Pulsos positivos y simétricos, tono y trofismo conservados.

Buena masa muscular.

Testículos en bolsas de más de 20 ml e impresiona discreto aumento de consistencia en testículo derecho.

No se palpan adenomegalias.

Laboratorio

El paciente trae estos análisis solicitados por un médico al que consultó por las cefaleas:

Hemograma: GR 4.900.000/mm³ Hb 14 gr/dl Hto: 44 % GB 8800/mm³ NS 62% B 0% E 2% L 31% M 3%. Glicemia 90 mg/dl, uremia 42 mg/dl. Colesterol total: 187 mg/dl. Triglicéridos: 138 mg/dl Colesterol HDL: 67 mg/dl. Orina: límpida d 1020 pH ácida sedimento sin particularidades.

ACTIVIDADES

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Consulta con expertos:
 - Clínica Médica
 - Endocrinología
 - Nutrición
 - Urología
 - Andrología

- Salud Mental
- Neurología
- Ginecología
- Medicina Preventiva
- Medicina y Sociedad
- Anatomía Patológica
- Diagnóstico por Imágenes
- Laboratorio
- Laboratorio hormonal

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS ROZMAN: "*Medicina Interna*" 16ª Ed 2008 Elsevier Editores.
- CECIL: "*Textbook of Medicine*" 21st Ed. 2000 W. B. Saunders Company
- HARRISON'S: "*Principios de Medicina Interna*" 16ª Ed. Mc Graw Hill
- HURST W: "*Medicina para la práctica clínica*" 4ª Ed. Panamericana
- RODÉS – GUARDIA: "*Medicina Interna*". Ed. Masson. Barcelona. 2004
- GOODMAN Y GILMAN: "*Las bases farmacológicas de la terapéutica*". Ed. Panamericana.
- GRECA A, GALLO R, PARODI, CARLSON D: "*Terapéutica Clínica*". Ed. Corpus. 2011 Rosario
- GRECA A, GALLO R, PARODI R: "*Medicina Ambulatoria*". Ed. Corpus 2007 Rosario
- PARODI R, CHIGANER G, SOSA J, GRECA A: "Guardia Médica". Ed. Corpus 2008 Rosario
- D'ALESSANDRO H: "*Urgencias en psiquiatría*". Ed. Corpus. 2008 Rosario
- FERNANDEZ BUSSY R, GATTI C, PORTA GUARDIA C: "*Fundamentos en Dermatología Clínica*". 1^{era} Ed 2011. Journal. Buenos Aires
- FERNANDEZ BUSSY R, PORTA GUARDIA C: "*Enfermedades de la Piel: Bases para su Atención Primaria*". 3^{era} Ed. UNR Editora 2006 Rosario.
- "*The Washington Manual of Medical Therapeutics*" 29st. Ed. Lippincott-Raven Publishers
- ROBBINS Y COTRAN. KUMAR-Abbas-Fausto: "*Patología estructural y funcional*". 7^{ma} Ed.
- SUÁREZ RICHARDS M: "*Introducción a la Psiquiatría*". 3ª Ed. Polemos 2006, Buenos Aires