

Un encuentro inesperado

Roser Rodó Bernadó¹, Rosa M^a Alcolea García², Teresa Rama Martínez¹, Víctor López-Marina³, Gregorio Pizarro Romero⁴, Alicia Puig Cerdà.

¹CAP El Masnou-Alella, ²CAP Besòs, ³Centro Médico Martorell, ⁴CAP Llefià, Badalona. Barcelona.



Introducción: La **Acromegalia (AM)** es una enfermedad infrecuente de elevada morbimortalidad, inicio insidioso y curso progresivo, cuyo pronóstico depende del momento del diagnóstico. Puede pasar inadvertida si no se valora al paciente globalmente más allá del motivo de consulta.

Descripción sucinta del caso:

Varón de 53 años sin antecedentes de interés, que acude por primera vez a consulta para resultado de radiografía de tórax solicitada por proceso respiratorio del que fue visitado de urgencias en el Centro de Salud. En la imagen se aprecia cardiomegalia (Figura 1). En el curso clínico de la visita anterior se lee "rasgos acromegálicos". El paciente no refiere cambios físicos, como la talla de zapatos (un 46) desde la juventud.

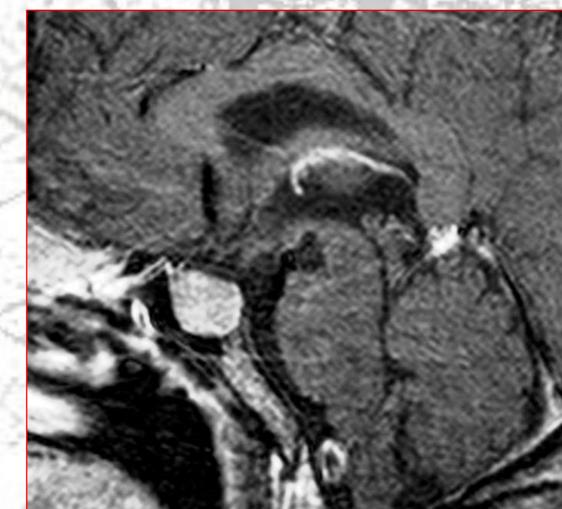
Exploración física: Talla: 1,87 m, peso 100 Kg, PA: 120/70 mmHg, facies con pómulos y arcos supraorbitarios prominentes, nariz ancha y gruesa, prognatismo, manos y pies grandes, voz ronca, hipersudoración, *pectus excavatum*. Se deriva a endocrinólogo.

Exploraciones complementarias: Factor de crecimiento similar a la insulina tipo1 (IGF-1) en suero y hormona de crecimiento (GH) tras sobrecarga oral de glucosa (SOG) elevados, confirmando el diagnóstico de **AM**. Resonancia Magnética Nuclear (RMN) cerebral: Adenoma hipofisario de 13 mm de diámetro. (Figuras 2 y 3).

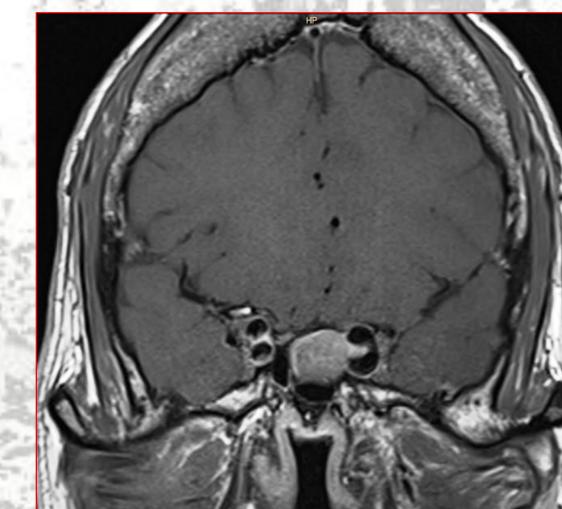
Tratamiento: Lanreotida mensual. RMN a los 3 meses sin cambios. Es intervenido vía transesfenoidal con buena evolución.



(Figura 1)



(Figura 2)



(Figura 3)

CLÍNICA	%
Engrosamiento de partes acras	55-100
Visceromegalias	80-90
Hiperhidrosis	50-90
Artralgias	36-80
Bocio	35-70
Trastornos menstruales	30-85
Diastema (separación de los dientes)	30-65
Cefalea	10-60
Síndrome del túnel carpiano	25-50
Déficit campimétrico	5-60
Intolerancia a la glucosa/diabetes	10-70
Astenia	10-38
Galactorrea	5-36
Apnea del sueño	5-30
Enfermedad coronaria	11-13

(Tabla 1)

Estrategia práctica de actuación:

La **AM** se debe a exceso de producción de GH, en general por un tumor benigno hipofisario (Figura 4). La incidencia es de 3-5 casos por millón/año y su prevalencia de 60 casos por millón. Afecta hacia los 45-50 años, algo más en mujeres. El diagnóstico se suele retardar unos 8-10 años por el lento crecimiento del tumor.

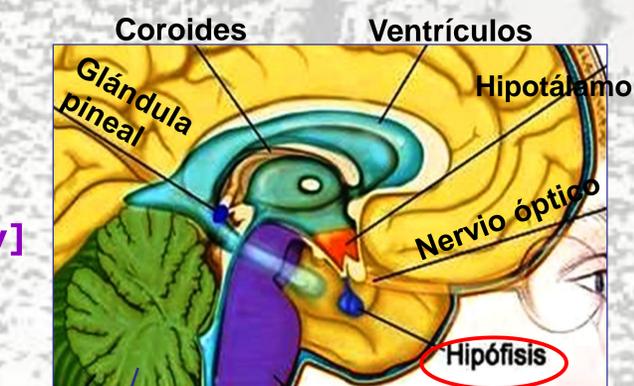
Clínica: Cambios somáticos y metabólicos por exceso de GH con complicaciones cardiovasculares, aumento de neoplasias (riesgo de cáncer de colon x2), o por compresión del tumor a estructuras vecinas (Tabla 1).

Diagnóstico: **IGF-1 basal elevada** en suero ajustada a la edad y **GH no suprimida tras SOG**. La **RMN cerebral** muestra el tumor (≥ 75 macroadenoma).

Diagnóstico diferencial: Otros tumores hipofisarios o extrahipofisarios.

Tratamiento: Cirugía-de elección- y fármacos (análogos de la somatostatina, agonistas dopaminérgicos, antagonistas GH), a veces previos a cirugía. La radioterapia se indica en casos resistentes al tratamiento.

Pronóstico: Según tamaño tumoral, comorbilidades y respuesta al tratamiento.



(Figura 4)

Bibliografía: [KEY WORDS: Growth hormone; Insulin-like growthfactor 1; Pituitary adenoma; Acromegaly]

1. Cordido F, et al. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la acromegalia. *Endocrinol Nutr.* 2013;60(8):457.e1-e15.
2. Giustina A, Chanson P, Kleinberg D, Bronstein MD, Clemmons D, Klibanski A, et al. A consensus on the medical treatment of acromegaly. *Nat.Rev. Endocrinol.* 2014;10:243-8.
3. Melmed, S. et al. A consensus on the diagnosis and treatment of acromegaly complications. *Pituitary.* 2013;16:294-302.