

Universidad del sureste

Presenta:

Erick Villegas Martínez

Materia:

Clínicas quirúrgicas

Docente:

Dr. Guillermo del solar Villarreal

Caso clínico -

Paciente de 83 años, sexo masculino, antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con Metformina 850 mg/día, con buena adherencia y buen control metabólico. Consulta por cuadro de una semana de evolución dado por tos, expectoración y fiebre de hasta 38°C axilar. El **examen físico** revela la presencia de estertores crepitantes en cara posterior de hemitórax derecho, confirmándose con la radiografía de tórax un foco de condensación en lóbulo inferior derecho.

Con planteo de neumonía comunitaria se realizan hemocultivos que resultan negativos y se inicia tratamiento antibiótico con Ampicilina –sulbactam 1,5 gr i/v cada 6hs y Claritromicina 500mg v/o cada 12hs.

A las 48 horas del ingreso instala cefalea holocraneana, náuseas y vómitos reiterados. El **examen neurológico** muestra un paciente lúcido, bien orientado en tiempo y espacio, sin alteraciones de las funciones simbólicas, sin alteraciones de los pares craneanos, sin rigidez de nuca y sin alteraciones del sector espinal.

Tras la búsqueda de esta situación **clínica** se realiza glucemia, ionograma azoemia, creatininemia y hemograma que son normales.

El **análisis** del líquido cefalorraquídeo (LCR) muestra: aspecto turbio, pandy+++, glucosa: 0,53 mg/dl, proteínas: 3,5g/dl, glóbulos rojos: 20/mm³ conservados, glóbulos blancos: 7/mm³. Cultivo bacteriológico del líquido sin desarrollo. PCR para grupo herpes virus negativo. VDRL negativo

Frente a este hallazgo de proceso inflamatorio intracraneano se procede a realizar **TAC** de cráneo que mostro silla turca ocupada por proceso redondeado de 4mm. Se completo valoración con RNM de cráneo que evidencia voluminoso proceso expansivo que ocupa la silla turca que determina elevación y compresión del quiasma óptico. La intensidad de la señal del proceso es heterogénea con áreas de necrosis hemorrágica y realce más intenso en su periferia

Por las características imagenológicas y el contexto inflamatorio-infeccioso se planteó como **diagnostico** primario un absceso hipofisario.

La valoración endocrinológica mostró TSH 0,17 mUI/mL (normal 0,23 - 4,20), T4 1,55 ng/dl (normal 0,85 -1,70), ACTH, FSH, LH, y prolactina en rango normales.

En función del planteo **diagnóstico** realizado se continuó tratamiento antibiótico con Ampicilina 3gr i/v cada 6hs por 6 semanas.

El paciente presenta mejoría de los síntomas a partir del quinto día de tratamiento, sin nuevas manifestaciones neurológicas.

Al finalizar el **tratamiento** antibiótico se realiza control de las hormonas tiroideas que son normales y RNM de cráneo que muestra franca reducción del proceso selar.