

Acromegalia: presentación de un caso*Acromegaly: a case presentation*

Dr. Serguey Aguilar Oliva ^I; Dra. Clemencia Escobar Morí ^{II}; Dra. Rebeca Peña Guevara ^{III}; Dr. Antonio Filiberto Céspedes ^{IV}

I Especialista I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Policlínico Docente Universitario Tula Aguilera. Camagüey, Cuba. sao@finlay.cmw.sld.cu

II Especialista I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Docente Universitario Tula Aguilera. Camagüey, Cuba.

III Especialista I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Policlínico Docente Universitario Tula Aguilera. Camagüey, Cuba.

IV Especialista I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Docente Universitario Tula Aguilera. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: la acromegalia es una enfermedad producida por la hipersecreción crónica e inapropiada de hormona del crecimiento (GH) que se inicia después del cierre de los cartílagos de conjunción, el aumento de secreción acontece mientras estos permanecen abiertos, se origina el gigantismo. En general la acromegalia se desarrolla muy lentamente donde existen cambios morfológicos típicos de la función osteoarticular, neurológica y cardiovascular que conduce a una disminución de la esperanza de vida, el gigantismo es mucho más raro que la acromegalia, otros casos de hipersecreción extrahipofisaria de hormona del crecimiento son los tumores de los islotes pancreáticos. **Caso clínico:** paciente masculino de 70 años de edad, de piel mestiza, presentó una acromegalia fue atendido en la sala de Medicina del Hospital Amalia Simoni, con cuadro clínico caracterizado fundamentalmente por aumento de volumen de los dedos de la mano, hueso frontal, labios y nariz. Después de ser valorado por varias especialidades se decidió su traslado a la provincia de la Habana para realizar dosificación de hormona de crecimiento y su tratamiento definitivo **DeCS:** ACROMEGALIA; GIGANTISMO; HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANA; ESTUDIOS DE CASOS

ABSTRACT

Background: Acromegaly is a disease caused by a chronic and inappropriate hypersecretion of growth hormone (GH) started after the closure of connecting cartilages, increased secretion happens while they remain open, originates gigantism. In general, acromegaly develops very slowly, where there are typical morphological changes of the osteoarticular, neurological and cardiovascular function that leads to a decrease in life expectancy, gigantism is much rarer than acromegaly, and other cases of extrahypophysial hypersecretion of growth hormone are tumors of pancreatic islets'. **Clinical case:** 70 year-old male patient, mixed skin, presented an acromegaly and he was attended in the Medicine ward at the University Hospital Amalia Simoni, with a clinical picture fundamentally characterized by increase in volume of fingers, frontal bone, lips and nose. After being assessed by several specialties was decided his transferral to Havana province for growth hormone dosage and his definitive treatment.

DeCS: ACROMEGALY; GIGANTISM; HUMAN GROWTH HORMONE; CASE STUDIES

INTRODUCCIÓN

Aunque el conocimiento de la enfermedad sobre todo la variedad gigantismo, es muy antigua, fue Pierre Marie en 1886 citado por Gómez, et al,¹ quien acuñó el término Acromegalia. La mortalidad de este proceso es causado tanto por la hipersecreción de Hormona del crecimiento (GH) como por el efecto masa del tumor. Se presenta en aproximadamente seis de cada 100 000 adultos, el tumor es benigno de la hipófisis, se localiza justo debajo del cerebro, controla la producción y liberación de varias hormonas diferentes, incluyendo hormonas del crecimiento.

En general la acromegalia se desarrolla muy lentamente induciendo cambios morfológicos típicos de la función osteoarticular, neurológica y cardiovascular que conduce a una disminución de la esperanza de vida. El gigantismo es mucho más raro que la acromegalia, constituye entre el 2 y el 5 % en las grandes series de la enfermedad. Otros casos de la hipersecreción extrahipofisaria de hormona del crecimiento son los tumores de los islotes pancreáticos, además de hipersecreción de hormona de crecimiento la causa de la acromegalia puede ser hipersecreción de hormona liberadora de hormona de crecimiento (GH) ya sea en el Hipotálamo o por tumores neuroendocrinos; es decir, secreción ectópica.²

El diagnóstico clínico de la acromegalia resulta fácil cuando la enfermedad está claramente establecida, pero es difícil sin embargo, en los estadios iniciales. Este hecho hace que su descubrimiento se retrase una medida de cinco a diez años, desde el comienzo de la sintomatología. El examen retrospectivo de fotografías del paciente ayuda a establecer el inicio de la enfermedad. El diagnóstico bioquímico de acromegalia activa, se basa en la demostración de la excesiva producción de GH y/o de las alteraciones en la dinámica de su secreción. Otros estudios de gran importancia son los estudios imagenológicos como: Tomografía Computarizada (TC) y Resonancia Magnética Nuclear (RMN), sin embargo, también se recomienda la realización de colonoscopia por su asociación con cáncer de colon.³

La necesidad de tratar la acromegalia queda claramente patente en vista del notable aumento de la morbimortalidad que conlleva. Los objetivos del tratamiento son erradicar el tumor para prevenir o revertir si existen los trastornos comprensivos locales y normalizar la secreción de GH para controlar así la sintomatología clínica y los trastornos metabólicos asociados. El tratamiento quirúrgico se considera el tratamiento de elección. La cirugía transesfenoidal es la más usada en microadenomas, en cuanto al tratamiento farmacológico los agonistas dopaminérgicos, los análogos de la somatostatina y los antagonistas del receptor de la hormona del crecimiento, son los más utilizados en la actualidad. ⁴

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente con acromegalia masculino de 70 años de edad con antecedentes de salud anterior, que acudió a consulta de Medicina Interna refiriendo desde hace varios meses está presentando decaimiento intenso, parestesias en ambos miembros superiores, sudoración profusa, crecimiento acelerado del cabello así como de los dedos de las manos, pies, labios y nariz. (Figura 1y 2)



Fig 1. Obsérvese el aumento de tamaño del cráneo, así como la nariz y los labios



Fig 2. Se observa aumento de tamaño de los dedos

Refiere además aumento en la separación de los dientes en ambas arcadas dentales; se tuvo en cuenta lo antes expuesto, y se decidió su remisión al Hospital Amalia Simoni, donde después de una exhaustiva valoración y la imposibilidad de realizar hormona de crecimiento en nuestra provincia se decidió su posterior remisión al Hospital Hermanos Ameijeiras en la provincia de la Habana, donde en colectivo de especialistas (medicina interna, endocrinología y neurocirugía) se decidió el tratamiento quirúrgico después de realizado los estudios complementarios correspondientes con evolución satisfactoria.

Examen Físico

Mucosas: húmedas y normocoloreadas

Tejido celular subcutáneo: No infiltrado

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular normal, Frecuencia Respiratoria: 18x minutos, no se ausculta estertores.

Sistema Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos y bien golpeados, Frecuencia Cardíaca: 78x minutos, no soplos Tensión Arterial: 160/100mmhg

Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia ni tumoraciones.

Sistema Nervioso Central: Consciente y orientado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización neurológica.

Sensibilidad: superficial, hiperestesia en ambos miembros superiores profunda, conservada.

Cabeza: Cráneo aumentado de tamaño a predominio del hueso frontal

Cara: Aumento del grosor de los labios y de la nariz.

Miembros Superiores: Aumento del tamaño de los dedos de ambas manos.

Digestivo: Boca, aumento de la separación de los dientes de ambas arcadas dentales.

Exámenes Complementarios:

Hemoglobina: 13.5 g/l

Creatinina: 110 mmol/l

Eritrosedimentación: 45 mm/h

Glucemia: 9.5 mmol/l

GH: 6.5 ng

Electrocardiograma: ritmo sinusal, eje 90°, segmento P-R 0.16 segundos, no alteraciones del segmento S-T

Tomografía computarizada de silla turca: silla turca de 1.4 x 0.8 cm, ligera erosión del piso solar, hipodensidad de -11 UH por posible aracnoidocele.

DISCUSIÓN

La acromegalia es producida casi constantemente (más del 99 %) por un tumor hipofisario secretor de GH (hormona del crecimiento), el resto de las lesiones que originan la enfermedad son excepcionales. Los adenomas hipofisarios productores de GH

exclusivamente o en asociación con otras hormonas constituyen aproximadamente el 30 % de los tumores de la hipófisis. Son en general macroadenomas mayores de 10mm de diámetro.⁵

Habitualmente intraselares y menos frecuentes expansivos. Cuando son pequeños se sitúan lateralmente donde se concentran la mayoría de las células productoras de GH en la hipófisis normal.⁶

El caso resultó un microadenoma productor de GH lo que provocó en este paciente un considerable aumento de volumen del hueso frontal, acrocrecimiento, aumento del grosor de los labios, la nariz e hipertrofia del maxilar inferior, todo esto acompañado de gran fatiga y disestesias.⁷

El tratamiento utilizado en este paciente fue la cirugía con resultados satisfactorios, este tipo de tratamiento en la actualidad es uno de los pilares principales en la terapéutica de esta enfermedad.⁸

Otras variantes del tratamiento de la acromegalia es el uso de los fármacos como los análogos de la somatostatina (octreótida LAR), los agonistas dopaminérgicos y los antagonistas del receptor de GH.⁹

Los acromegálicos requieren tratamiento sustitutivo de las esferas adrenal, gonadal y tiroidea cuando se destruye la hipófisis por el crecimiento del adenoma o como consecuencia del tratamiento causal. Las deformidades producidas por la acromegalia con frecuencia producen en los pacientes desajustes emocionales o trastornos psíquicos más graves, que pueden ser atendidos por el médico general y si fuera necesario consultar al psicólogo o al psiquiatra.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez G, Martínez IA. Tratamiento de Acromegalia con octreótida LAR en 42 casos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010; 48(1):39-45.
2. Jameson LJ, Melmed S. Disorders of the anterior pituitary and hypothalamus. In: Jameson LJ, Melmed S. HARRISON'S Principles of Internal Medicine. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.p.2090-2.
3. Martínez IA, Gómez G. Práctica clínica quirúrgica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008; 46(3):311-4.
4. Betanzos R, Durán EG, Arellanos SA, Pedraza V. Acromegalia artículo de revisión. Med Int Mex. 2009; 25(6):468-80.
5. LLanio NR, Perdomo GG. Propedéutica clínica y Semiología Médica. T 2. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
6. Barbosa G, Wielner C, Garavito G. Un caso de acromegalia en el Instituto Nacional de Rádium. Rev Colombiana Can. 2004; 8(2):52-6.
7. Segundo Consenso Nacional de Acromegalia: recomendaciones para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Rev Endocrinol nut. 2007; 15(3 supl1):57-9.
8. Manavela M, Juri A, Danilowicz K, Bruno O. Enfoque terapéutico en 154 pacientes con acromegalia. Rev Med Buenos Aires. 2010; 70:328-32.

9. Martínez IA, Gómez G. Marcadores para la aplicación de octreótida en acromegalia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 45(3):291-5.
10. Roca R. Temas en Medicina Interna. T III. 4ta ed. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.

Recibido: 23 de noviembre de 2010

Aprobado: 15 de junio de 2011

Dr. Serguey Aguilar Oliva. Email: sao@finlay.cmw.sld.cu