

ACROMEGALIA EN PACIENTE MAYOR DE 70 AÑOS  
BARRERA , Josefina ; GONZALEZ, Ana Julia; GIOVENALE, Paula  
Hospital San Luis de Bragado, Pcia de Buenos Aires

La Acromegalia es un síndrome clínico resultante de la hipersecreción crónica y persistente de hormona de crecimiento (GH), que mediante la síntesis hepática de IGF1, estimulan el crecimiento acral exagerado, alteraciones orgánicas y metabólicas.

El diagnóstico clínico a menudo se retrasa debido a que sus manifestaciones pueden variar desde una condición relativamente asintomática con lento y progresivo compromiso acral a un severo trastorno incapacitante que incluye cefalea, artropatía, diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA) e incluso miocardiopatía que compromete calidad y expectativa de vida.

En más del 95% de casos se debe a adenoma hipofisario productor de GH, generalmente benigno y de ellos, más del 70% son macroadenomas (más de 10mm de diámetro). La Acromegalia es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia de 3-4 casos por millón de habitantes por año y una prevalencia de 60 casos por millón. La edad media de aparición es de 42-44 años y no guarda relación con el sexo. El diagnóstico se realiza mediante la combinación de evaluación clínica y bioquímica y radiológica.

Se presenta el caso de una paciente sexo femenino de 74 años derivada por astenia generalizada y cefaleas intensas. En cuanto a sus antecedentes personales presentaba DM2, HTA, fibrilación auricular crónica, dislipemia, hipotiroidismo, poliposis colónica, artrosis generalizada y deformante. Medicación al momento de la consulta: ácido acetilsalicílico 100mg/ día, diltiazem 180 mg/día carvedilol 12,5mg/12 hs, amiodarona 200mg/ día, levotiroxina 100 ug/día, atorvastatina 10 mg/día, metformina 850 mg c/12hs, diclofenac 75 mg /día.

La paciente refería cefaleas intensas, astenia, ronquidos nocturnos y dolores óseos generalizados a predominio de manos y pies e incapacidad para realizar sus actividades manuales (tejer). Al examen físico: talla 1,73 cm, peso 78 kg, crecimiento de zonas acrales (manos y pies), prognatismo, macroglosia, piel con hipertrofia de partes blandas en nariz y labios.

Se solicita laboratorio con dosaje de GH, IGF1 y PTOG con dosaje de GH y RMN hipófisis con y sin gadolínico. En laboratorio Hto 42% glucemia 138 g/l, IGF1 1223,9 ng/ml (vr: 55-186 ng/ml), GH basal 14,2 ng/ml (vr: menor de 5 ng/ml). No se realizó PTOG por intolerancia de la paciente. RMN hipófisis mostró lesión nodular de 14mm x 15mm de diámetro en sector derecho de adenohipofisis. Se realiza diagnóstico de Acromegalia por macroadenoma hipofisario y dadas su localización perivascular y las comorbilidades de la paciente se decide comenzar tratamiento médico con octreotide 30 mg cada 28 días subcutáneo. Luego de 4 dosis de Octreotide, la paciente experimentó mejoría importante en su calidad de vida fundamentalmente por disminución de cefaleas, reducción de tamaño lingual que produjo menos ronquidos nocturnos, mejoría en relación a la disminución de tamaño de mano y menores dolores óseos que permitieron volver a actividades habituales. Dado que Acromegalia es una enfermedad poco frecuente, su edad media de aparición es de 42-44 años y existe una alta prevalencia de HTA, DBT y arritmia en estos pacientes, presentamos nuestra paciente por presentar comorbilidades, signos y síntomas frecuentemente asociadas a Acromegalia pero que habían sido atribuidas a su edad avanzada y solo se logró el diagnóstico a los 74 años luego de una revisión de antecedentes, buena historia clínica y examen físico adecuado que permitieron pedir los estudios complementarios adecuados. El control de la Acromegalia mediante la cirugía o con análogos de somatostatina mejora la morbimortalidad de la enfermedad. Tal como sucedió en nuestra paciente que luego de 4 dosis de octreotide, con un efectivo control de la hipersecreción de GH y IGF1 se mejoró la morbimortalidad cardiovascular, la apnea del sueño y la más importante morbilidad y discapacidad funcional de la enfermedad que es la artropatía.