

ABSCESO SELAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Luciano Langhi¹, Paula Ferrara¹, P. Fainstein Day², Liliana Clara³, Silvia Christiansen⁴, Carlos Bonino Méndez⁵, Alejandra Rabadán¹.

¹Servicio de Neurocirugía, ²Servicio de Endocrinología, ³Servicio de Infectología, ⁴Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires, ⁵Fundación Neurocirugía del Sur, Buenos Aires, Argentina

ABSTRACT

Objective: To describe a new case of sellar abscess.

Description: A 17 years-old female with a history of aseptic meningitis and frontal abscess presented with headaches, nausea, vomiting, fever and bitemporal hemianopsia. MRI showed an hypointense sellar lesion with anular enhancement after contrast injection on T1 weighted images.

Intervention: We performed a transsfenoidal approach. After opening the dura purulent material was obtained from inside the sella. Pus was sterile. Pathology informed Rathke's cleft cyst abscess. The patient was treated with antibiotics. Outcome was favorable with hemianopsia improvement.

Conclusion: In this case with transsfenoidal surgery and the administration of antibiotics we achieved favorable results.

Key words: magnetic resonance imaging, sellar abscess, transsfenoidal surgery.

Palabras clave: absceso selar, cirugía transsfenoidal, imágenes por resonancia magnética.

INTRODUCCIÓN

Los abscesos pituitarios representan menos del 1% de las patologías de la región selar¹.

Se definen como el compromiso de la glándula hipofisaria por un proceso supurativo intraselar causado por un agente infeccioso.

La clínica que provocan se manifiesta por disfunción pituitaria o por efecto de masa. Muchas veces son subdiagnosticados convirtiéndose en una enfermedad con alta mortalidad sino no se realiza el tratamiento correcto².

DESCRIPCION DEL CASO

En el periodo comprendido entre mayo 1999-junio 2005 se operaron en nuestro servicio 94 cirugías de hipófisis obteniéndose el diagnóstico de absceso selar en sólo un caso.

Paciente de 17 años de edad, con antecedentes de meningitis aséptica recurrente y evacuación de un absceso selar por vía subfrontal en otra institución. Luego se complicó con un absceso frontal el cual fue drenado por el mismo abordaje. Evolucionó con un cuadro de panhipopituitarismo que requirió tratamiento con reemplazo hormonal. Once meses más tarde, ingresó a nuestro servicio con un cuadro de cefalea, náuseas, vómitos, fiebre y hemianopsia bitemporal. Se realizaron imágenes por resonancia magnética (IRM) que evidenciaron una lesión selar hipointensa en T1 que realizaba en forma de anillo tras la inyección de contraste endovenoso. Se decidió realizar tratamiento quirúrgico por vía transsfenoidal guiada por endoscopia endonasal. Al realizar la apertura dural se obtuvo material purulento. Los cultivos de dicho material fueron negativos y la anatomía patológica (AP) confirmó la presencia de una lesión abscedada secundaria a un quiste de la bolsa de Rathke. El paciente comenzó con tratamiento antibiótico endovenoso (metronidazol + ceftriaxona), evolucionando favorablemente y mejorando su hemianopsia bitemporal (Figs. 1 a 3).

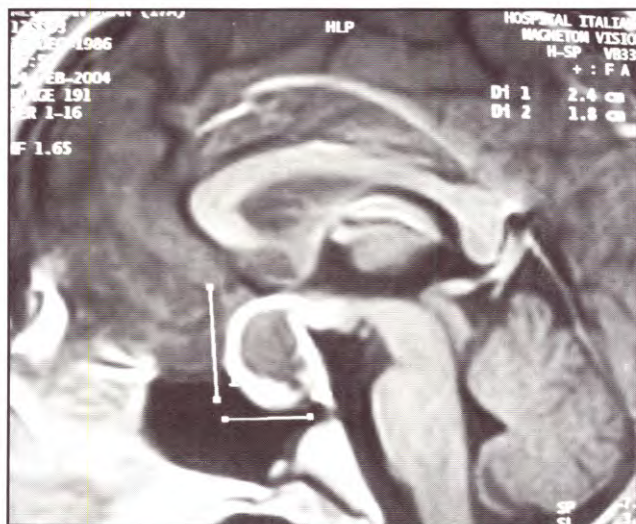


Fig 1. IRM Preoperatoria.

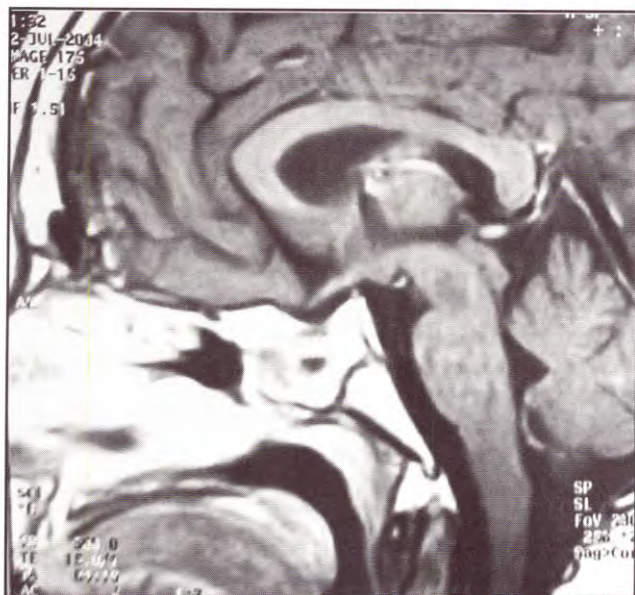


Fig 2. IRM Postoperatoria.

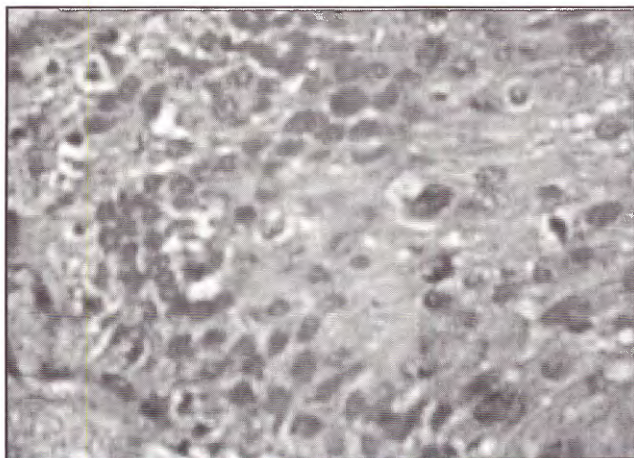


Fig. 3. Anatomía patológica

DISCUSIÓN

En 1914, Simonds describió por primera vez un caso de un absceso pituitario³. Años más tarde, en 1977, Domingue y Wilson reportaron una serie de 7 casos. Existen en la literatura aproximadamente 121 casos reportados³.

Los abscesos de la región selar pueden ser primarios o secundarios. Se consideran primarios cuando el proceso infeccioso se desarrolla sobre una glándula sana, mientras que se los llama secundarios cuando se desarrollan sobre una patología subyacente: adenoma, craneofaringioma o quiste de la bolsa de Rathke⁴. Las vías de contagio pueden ser: por siembra hematogena de la glándula, o por extensión directa desde un proceso infeccioso adyacente, mencionando entre ellos meningitis, sinusitis esfenoidal, tromboflebitis del seno cavernoso o fistula de líquido cefalorraquídeo contaminada. También debemos tener presentes los factores de riesgo que predisponen a la infección tales como la inmunosupresión, cirugías o irradiación previa de la hipófisis y las lesiones pituitarias, principalmente los adenomas. Estos suelen ser más vulnerables a la infección por causar alteraciones en la circulación o por presentar áreas de necrosis y déficit inmunológico local.

Los agentes patógenos más frecuentemente hallados son los cocos Gram positivos, aunque también se han descrito casos de bacilos Gram negativos, anaerobios y hongos. En un 50% de los pacientes los cultivos del material obtenido durante la cirugía son negativos, lo cual indicaría la presencia de un absceso estéril. Estos resultados podrían estar alterados por la administración de antibióticos en el período preoperatorio¹⁻².

Se debe sospechar de la presencia de un absceso pituitario en un paciente con síntomas de tumor hipofisario y/o signos de infección del sistema nervioso central. La clínica de presentación suele caracterizarse por la presencia de cefaleas, alteraciones visuales, insuficiencia pituitaria desde leve (hiperprolactinemia) hasta severa (panhipopituitarismo), meningitis, sinusitis, rinitis y fiebre. Las alteraciones visuales están presentes en el 50-75% de los pacientes, siendo la hemianopsia uni o bitemporal el patrón hallado con más frecuencia^{2,4,5}. El diagnóstico precoz es muy importante. Vates y colaboradores, quienes reportan la mayor serie publicada en la literatura con un total de 24 abscesos operados, sostienen que a pesar de ser una patología frecuentemente subdiagnosticada, la mayoría reciben el trata-

miento adecuado ya que la clínica simula o imita otras patologías pituitarias, motivo por el cual arriban a un desenlace común: la cirugía. Es por este motivo que muchas veces es el cirujano quien hace el diagnóstico al encontrar material purulento durante la exploración de la silla turca.

Con el advenimiento de la tomografía computada (TAC) y la resonancia magnética (IRM) se ha incrementado la sensibilidad para detectar lesiones en la región selar, y sólo en pocos casos ha ayudado a verificar la presencia de un absceso hipofisario. Los hallazgos más frecuentes de TAC corresponden a una erosión y aumento de tamaño de la silla turca. En IRM se puede identificar una anomalía intraselar hiperintensa en las secuencias de T2 que sugieren la presencia de una lesión quística contaminada, mientras que en el T1 la señal varía de hipointensa a levemente hiperintensa, realzando en anillo en la periferia tras la administración de gadolinio. La intensidad de la señal puede estar afectada por el contenido proteico o por la presencia de hemorragias. La interpretación de las imágenes se dificulta aún más si existe un tumor subyacente o cirugías selares previas.

La combinación de cirugía y antibióticos constituyen los pilares del tratamiento, el cual es efectivo en la mayoría de los casos. La antibiótico-terapia debe comenzar tan pronto como se sospeche la presencia de un absceso selar, y el fármaco elegido debe ser de amplio espectro.

La vía quirúrgica de elección es la transepto-esfenoidal. Los hallazgos descritos en la literatura reportan la presencia de una cápsula quística, de diferentes texturas y espesor, conteniendo en su interior un

material denso y cremoso, compatible con pus.

Las complicaciones más frecuentes de la cirugía son meningitis, cerebritis, fistula de líquido cefalorraquídeo e injuria infecciosa vascular^{1,4,5}. Vates y colaboradores reportan una mortalidad del 8,3%³ entre los pacientes que recibieron tratamiento adecuado, mientras que la mortalidad se incrementa al 30% y al 50% en los abscesos primarios y secundarios no tratados².

CONCLUSIÓN

Los abscesos tienen una baja incidencia dentro de las patologías selares. Es muy importante considerar este diagnóstico diferencial dado que con tratamiento precoz se obtienen resultados satisfactorios, baja morbimortalidad y buen pronóstico.

Bibliografía

1. Vates GE, Berger M, Wilson C. Diagnosis and management of pituitary abscess: a review of twenty-four cases. **J Neurosurg** 2001; 95: 233-41.
2. Boggan J, Wilson C. Pituitary Abscess. En: Wilkins RH & Renganchary SS editores Neurosurgery. New York: McGraw-Hill. 1985, Cap. 247 pp 1967-8.
3. Hanel R, Koerbel A, Prevedello D, Moro MS, Araujo JC. Primary pituitary abscess: case report. **Arq neuro-psiquiatr** 2002; 60: 861-5.
4. Kroppenstedt SN, Liebig T, Mueller W, Graaf KJ, Lanksch NR, Unterberg AW. Secondary abscess formation in pituitary adenoma after tooth extraction. Case report. **J Neurosurg** 2001; 94: 335-8.
5. Thomas N, Wittert G, Scott G, Reilly PL. Infection of a Rathke's cleft cyst: a rare cause of pituitary abscess. **J Neurosurg** 1998; 89: 682-8.