

Presentación de caso

APOPLEJÍA PITUITARIA: COMUNICACIÓN DE UN CASO

Juan Mercuri, Daniel Goldberg, Arnaldo Rapp, José Rego,
Claudio Davico, Felipe González La Riva

Servicio de Neurocirugía. Hospital Interzonal General de Agudos "Prof. Dr Luis Güemes", Haedo, Pcia de Buenos Aires

RESUMEN

Objetivo. Describir un nuevo caso de apoplejía pituitaria.

Descripción. Paciente de sexo masculino y 65 años de edad que en forma repentina comienza con cefaleas, diplopia y rigidez de nuca. La resonancia magnética mostró una lesión expansiva selar de 30 x 30 mm.

Intervención. Se operó por vía subfrontal, evacuando un hematoma y resecaando el tumor. La evolución postoperatoria a los 3 meses mostró ausencia del tumor y desaparición de los síntomas.

Conclusión. La apoplejía pituitaria es poco frecuente. El diagnóstico con resonancia magnética es sencillo. La cirugía precoz es el tratamiento de elección.

Palabras clave: apoplejía pituitaria, macroadenoma de hipófisis, tratamiento quirúrgico.

INTRODUCCIÓN

Los macroadenomas generalmente se presentan con trastornos endocrinológicos y/o alteraciones visuales. Su aparición con el síndrome de apoplejía pituitaria ha sido comunicada entre un 1 a 5% del total de adenomas de hipófisis^{1,2}. Describimos el cuadro diagnóstico, tratamiento y evolución posterior de un paciente sin antecedentes previos que debuta con apoplejía pituitaria.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 65 años que comienza en forma repentina con cefalea intensa, náuseas y vómitos, diplopia y trastornos visuales. Al examen neurológico presenta rigidez de nuca leve, parálisis del VI par derecho, ptosis palpebral derecha, paresia III del par derecho y neuralgia oftálmica (síndrome cavernoso derecho). A su vez un leve deterioro del sensorio y síndrome frontal. Se realiza una TAC de cerebro observándose lesión expansiva selar.

Rx silla turca: ensanchamiento y abalanzamiento marcado.

A las 48 horas se realizó IRM de cerebro con gadolinio (Fig 1), presentando lesión expansiva selar de 30 x 30 mm con contenido hemático, con leve refuerzo con gadolinio con proyección supraselar y compresión del quiasma óptico y paraselar derecha, con compromiso del seno cavernoso derecho. No presenta hidrocefalia.

Examen oftalmológico: hemianopsia bitemporal incompleta.

Examen endocrinológico: FSH 1 (1,27 a 19); LH: 0,62 (1,24 a 8,6); Prol: 1,63 (2 a 14); T4: 4,24; T3: 0,96; TSH: 2,45; Na: 140; K: 3; Cl: 100. Observándose una leve disminución de la mayoría de los valores.

El paciente fue medicado desde el ingreso con corticoides hidrocortisona.

Se realizó tratamiento quirúrgico, con abordaje por vía subfrontal, realizándose evacuación hematoma intratumoral y exéresis tumoral.

Presentó buena evolución postoperatoria con mejoría gradual del cuadro. No presentó complicaciones endocrinológicas. A los 3 meses se realizó una IRM de control (Fig 2), observándose mínimas huellas quirúrgicas a nivel selar y desaparición completa de los signos y síntomas neurológicos.

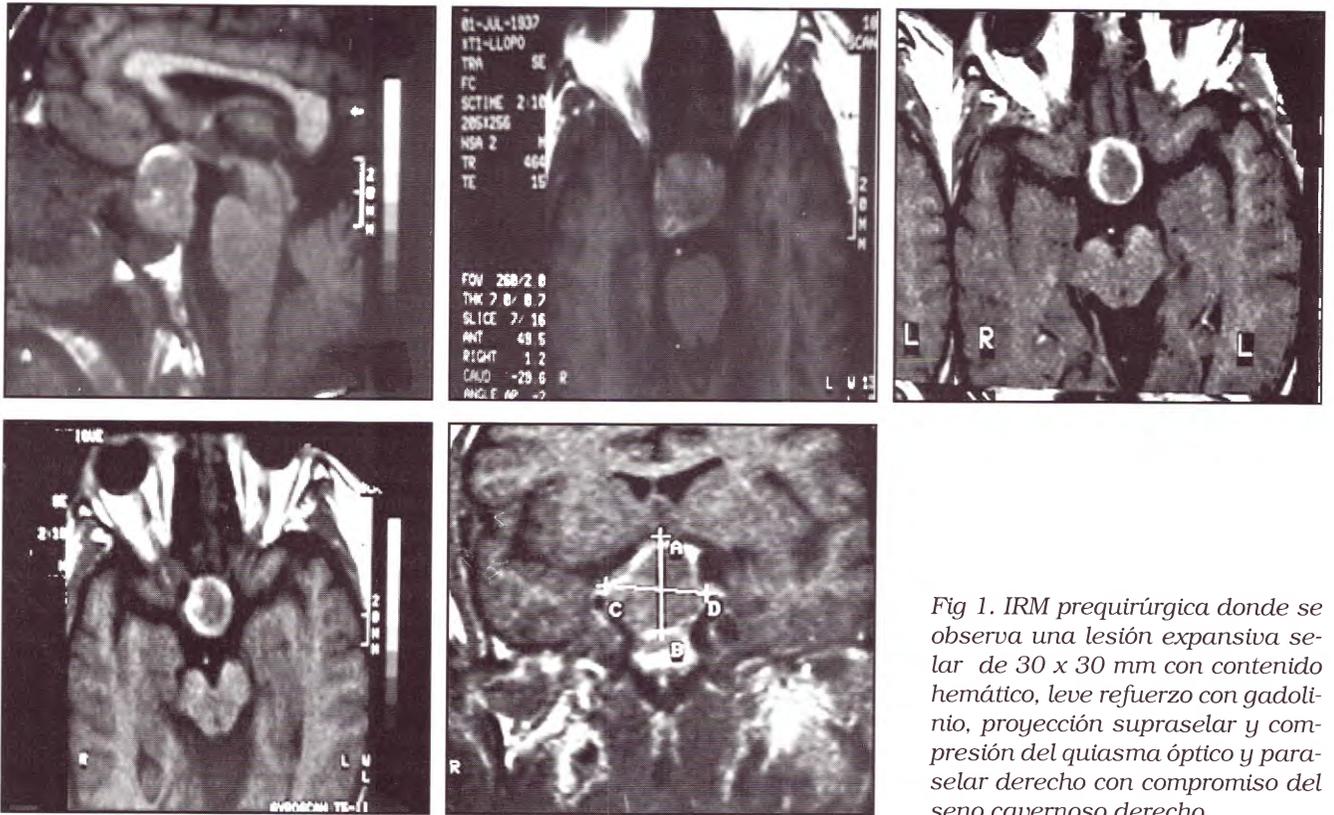


Fig 1. IRM prequirúrgica donde se observa una lesión expansiva sellar de 30 x 30 mm con contenido hemático, leve refuerzo con gadolinio, proyección supraselar y compresión del quiasma óptico y paraselar derecho con compromiso del seno cavernoso derecho.

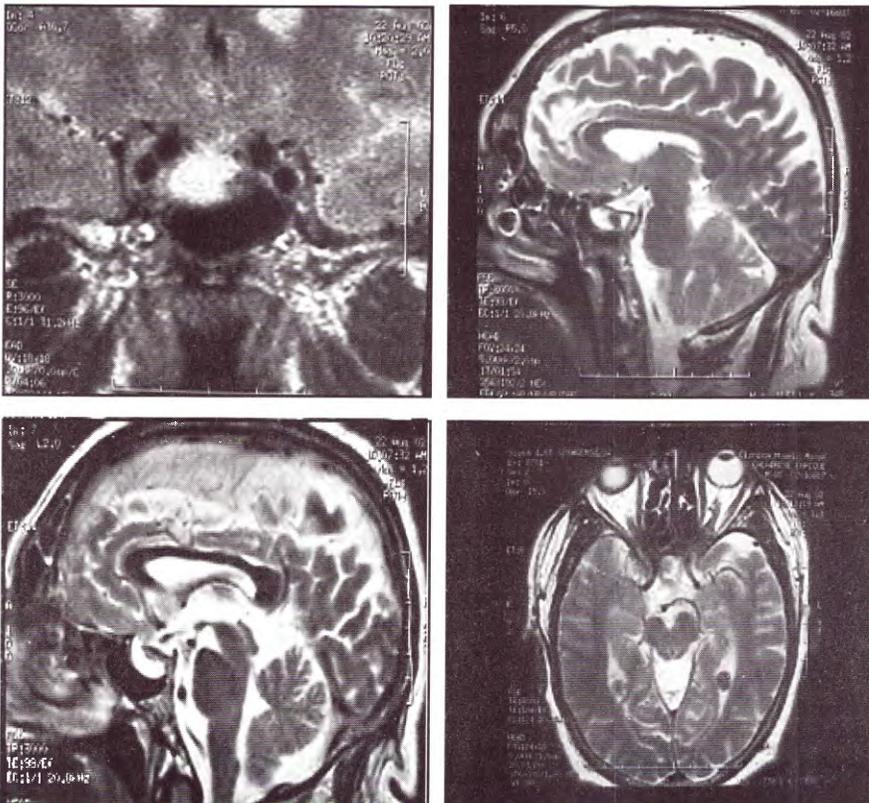


Fig 2. IRM de control realizada 3 meses después de la cirugía. Se observan mínimas huellas quirúrgicas a nivel sellar.

DISCUSIÓN

El síndrome de apoplejía pituitaria se produce por hemorragia y/o necrosis, dentro de la masa tumoral de hipófisis, o más raramente de la glándula normal²⁻⁴. El cuadro clínico se caracteriza por un repentino comienzo de los síntomas y signos: cefalea, vómitos, oftalmoplejía, trastornos visuales, disfunción glandular y, a veces si el cuadro progresa, hidrocefalia, trastornos de conducta, coma y muerte^{3,5}.

La hemorragia y/o necrosis en los adenomas hipofisarios probablemente no sea tan rara como el síndrome de apoplejía pituitaria. El diagnóstico se realiza a través de la IRM de cerebro. El tratamiento consiste en la descompresión quirúrgica rápida, corticoides y tratamiento de la disfunción glandular. También han sido comunicados casos de prolactinomas que evolucionan bien con agonistas dopaminérgicos únicamente⁵.

ABSTRACT

Objective. To describe a new case of pituitary apoplexy

Description. A male patient, 65 years old, abruptly suffered headaches, diplopia and neck stiffness. Magnetic resonance showed a sellar tumor of 30 x 30 mm.

Intervention. Surgery was performed through a subfrontal approach. The tumor with a hematoma were fully resected. Postoperative follow-up was uneventful three

months later the tumor and its symptoms disappeared.

Conclusion. Pituitary apoplexy is rare. Diagnosis with magnetic resonance is easy. Early surgery is the treatment of choice.

Key words: pituitary apoplexy, pituitary macroadenoma, surgical treatment

COMENTARIO

Los autores comunican un caso de síndrome hipofisario agudo secundario a necrosis hemorrágica tumoral (apoplejía pituitaria). El paciente fue adecuadamente estudiado y operado, evolucionando satisfactoriamente.

Si bien la apoplejía pituitaria es considerada una emergencia médica, la cirugía puede diferirse hasta completar los estudios y la estabilización clínica del paciente. En algunos casos la necrosis tumoral es masiva y se han observado regresiones con tratamiento conservador¹. La oftalmoplejía tiende a veces a mejorar espontáneamente ya que el seno cavernoso no suele estar invadido sino distorsionado, lo que se evidencia en el presente caso comparando las imágenes pre y postquirúrgicas con la normalización anatómica consiguiente. Cuando existe compromiso quiasmático la

indicación quirúrgica debe ser precoz a fin de prevenir complicaciones irreversibles².

El presente caso ha sido bien resuelto por los autores, si bien debo acotar que el abordaje de elección en esta patología es el transeptoefenoidal, ya que el tumor está reblandecido y es más fácil, rápido y seguro de reseca por esta vía que por una subfrontal.

Daniel H. D'Ovaldo

1. Maccagnan P, Macedo CLD, Kayath MJ, Nogueira RG, Abucham J Conservative management of pituitary apoplexy: a prospective study. **J Clin Endocrinol Metab** 1985; 80: 2190-97.
2. Bills DC, Meyer FB, Laws ER, Davis DH, Ebersold MJ, Scheithauer BW. Retrospective analysis of pituitary apoplexy. **Neurosurgery** 1993; 33: 602-9

CONCLUSIÓN

Bibliografía

1. Onesti ST, Wisniewski T, Post KD: Clinical versus subclinical pituitary apoplexy: presentation, surgical management, and outcome in 21 patients. **Neurosurgery** 1990; 26: 980-6.
2. Arita K, Kurisu K, Tominaga A, Sigiyama K, Ikawa F, Yoshioka H: Thickening of sphenoid sinus mucosa during the acute stage of pituitary apoplexy. **J Neurosurg** 2001; 95: 897-901.
3. Cardozo ER, Petersen EW: Pituitary apoplexy a review. **Neurosurgery** 1984; 14: 363-73.
4. Wakai S, Fukushima T, Teramoto A, Sano K: Pituitary apoplexy: its incidence and clinical significance. **J Neurosurg** 1981; 55: 187-93.
5. Brisman M, Katz G, Post K: Symptoms of pituitary apoplexy rapidly reversed with bromocriptine. Case report. **J. Neurosurg** 1996; 85: 1153-5.