

ABSCESOS HIPOFISARIOS

A.L. Gidekel, R. Santivañez, D. Sarmiento y H. Koatz

División Neurocirugía, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", Buenos Aires

ABSTRACT

We report two cases of hypophysial abscess, analyzing way of dissemination, predisposition factors, causality germs, and clinical forms of presentation (chiasmatic syndrome without infection diagnosis). Information obtained by imagine modalities (plain films, CAT, MRI), made us suspect of abscess in one case and neoplastic lesion in the other. Both cases were operated on through a frontal pterional approach, followed by complete resection of tumors

Key words: Pituitary gland, Infection, Sellar tumor

Palabras clave: hipófisis, abscesos hipofisarios, tumor selar

INTRODUCCIÓN

Los abscesos hipofisarios son una entidad rara, existiendo alrededor de 100 casos publicados en la literatura^{1,5}. Las vías de diseminación son la hematogena, por contigüidad (trombosis del seno cavernoso, infección del seno esfenoidal) y por meningitis

Los gérmenes más frecuentemente encontrados fueron el Estafilococo coagulasa negativo, el Estreptococo Mulleri y la Klebsiella. En gran parte de los abscesos no se aislaron gérmenes responsables del proceso.

Los factores predisponentes de estos procesos son: la sinusitis esfenoidal, la meningitis, las neoplasias hipofisarias, las enfermedades inflamatorias o granulomatosas (TBC, sarcoidosis), craneofaringiomas y los quistes de la Bolsa de Rathke.

Existen dos aspectos importantes en las formas clínicas de presentación: las lesiones usualmente no producen síntomas de infección y tienen un curso indolente que remedan a los adenomas no funcionantes.

Durante su evolución se observan los siguientes signos y síntomas: cefaleas (90%), síndrome quias-

mático (57%), insuficiencia hipofisaria (20%), fiebre (14%) y excepcionalmente diabetes insípida.

Como aspectos neurorradiológicos cabe remarcar que los estudios son inespecíficos sobre todo si se tiene en cuenta que en la mayoría de los casos se asocia con un tumor selar previo. La radiología simple muestra agrandamiento de la silla turca y erosión de la misma, pudiendo existir destrucción ósea en casos de infección del seno esfenoidal que invade la silla turca⁷. La TAC muestra una masa intra y extraselar de baja densidad que refuerza en la periferia con la administración del contraste, revelando de esta manera la pared del absceso. Se considera típica la presencia de una imagen ligeramente mas densa central, aunque este patrón es habitual en los adenomas hemorrágicos o cavitados sin infección^{2,4}.

Las IRM muestran lesiones selares hipointensas en las señales ponderadas en T1 e hiperintensas en T2 lo que sugiere la naturaleza quística de la lesión. También se observa el refuerzo de la periferia con la administración de Gadolinio^{3,4}.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1

Paciente de sexo masculino de 48 años con

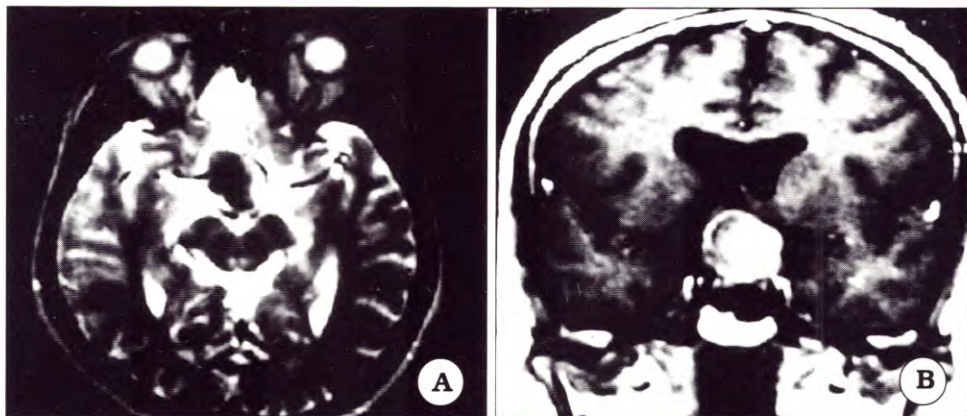


Fig. 1. IRM preoperatoria. A. Sin gadolinio. B. Con gadolinio

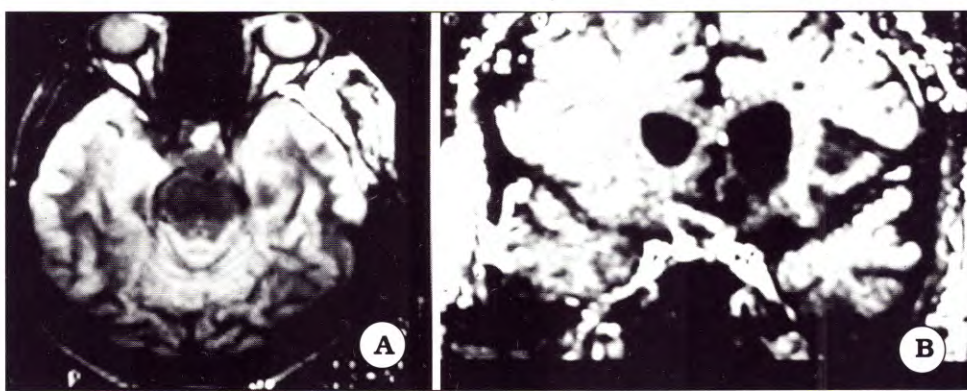


Fig. 2. IRM postoperatoria. A. Sin gadolinio. B. Con gadolinio

antecedente de cirugía de adenoma hipofisario 10 años antes que presentó cuadro de cefalea frontal bilateral y disminución de la agudeza visual, sin referir fiebre, náuseas ni vómitos. El examen de laboratorio no demostró valores de enfermedad sistémica.

En el examen oftalmológico se observó en ojo derecho visión bulto y en ojo izquierdo visión luz. El fondo de ojo mostró atrofia bilateral de papila.

Se realizaron IRM que mostraron en secuencias T1 y T2 contrastadas una imagen supraselar con hipointensidad central heterogénea y halo periférico hiperintenso de aspecto tumoral (Fig. 1).

Fue intervenido quirúrgicamente, a través de un abordaje pterional-subfrontal, realizando, previa a la apertura de la cápsula, punción de la masa selar, obteniéndose líquido denso de color amarillado, no encontrando tumor. Se envió material a cultivo y se comenzó con tratamiento antibiótico a pesar de no haberse aislado gérmenes (Fig. 2).

El paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones infecciosas postquirúrgicas, aunque presentó una diabetes insípida que respondió al tratamiento con pitresina sintética.

Caso 2

Paciente de sexo femenino, 32 años de edad, con antecedente de una infección del tercer molar tratada con antibioticoterapia. Presentó un cuadro clínico de cefalea frontal unilateral de 3 meses de evolución, con disminución de la agudeza visual, síntomas inespecíficos de astenia y adinamia, pero sin fiebre, náuseas ni vómitos; el examen de laboratorio no mostró valores de enfermedad sistémica.

El examen oftalmológico determinó: en ojo derecho 5/10 dioptrías y en ojo izquierdo visión bulto.

Se realizaron IRM que demostraron en secuencias T1 una imagen supraselar hipointensa central con halo hiperintenso que reforzó con la administración de gadolinio brindando un aspecto de absceso (Fig. 3).

Se intervino quirúrgicamente a través de un abordaje frontopterional realizándose punción de la masa selar previa a la apertura de la cápsula, obteniendo un líquido denso de color amarillado, sin encontrar tumor. Se envió el material a cultivo, que dio como resultado un *Estafilococo coagulasa*

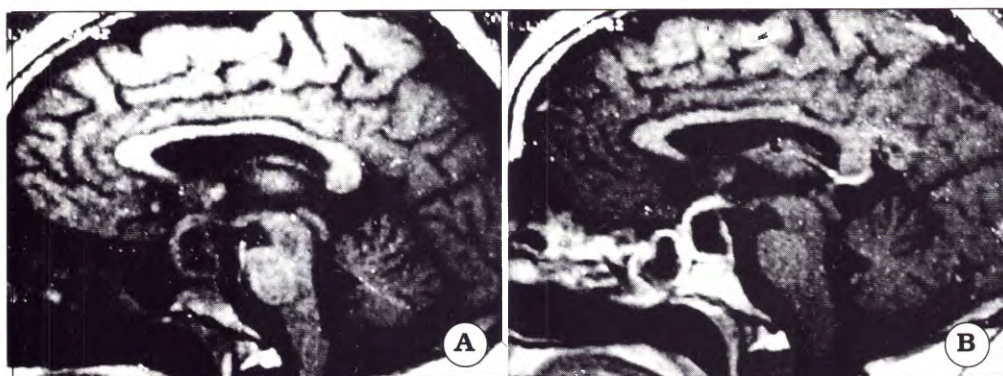


Fig. 3. IRM preoperatoria. A. Sin gadolinio. B. Con gadolinio.

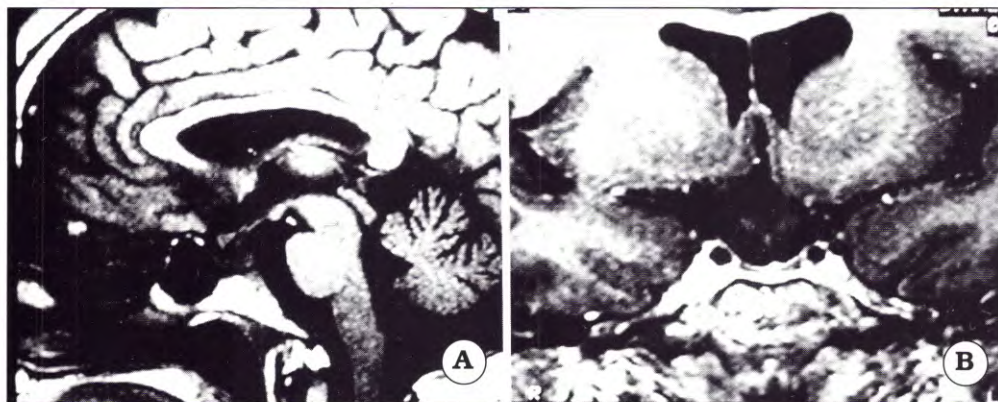


Fig. 4. IRM postoperatoria. A. Sin gadolinio. B. Con gadolinio.

negativo por lo que se inició tratamiento antibiótico de acuerdo al resultado de antibiograma.

La paciente evolucionó sin complicaciones infecciosas ni alteraciones endocrinológicas, con mejoría de la agudeza visual (Fig. 4).

CONCLUSIONES

La presentación clínica de un absceso hipofisario es variable, pudiendo ser aguda o crónica, en ocasiones dando solo sintomatología expansiva de la región selar⁶. El diagnóstico clínico de certeza es dificultoso, pero debe ser tenido en cuenta en el contexto de una meningitis, sobre todo cuando esta es recurrente. Las IRM son más específicas para el diagnóstico que la TAC. La información dada por las primeras puede variar de acuerdo al contenido de la lesión, por lo que puede ser utilizada para el seguimiento, luego del tratamiento médico (antibioticoterapia) o quirúrgico de la lesión.

En todos los casos publicados previamente, al igual que en los aquí presentados, el tratamiento realizado fue siempre el quirúrgico con la asociación de antibióticos⁵. El tratamiento quirúrgico

sugerido por la literatura, es el abordaje transesfenoidal; en nuestro caso el utilizado fue una craneotomía frontopterional a través de la cual se pudo evacuar la colección intraselar y además reseca completamente la cápsula del absceso, no contaminándose el espacio subaracnoideo.

Bibliografía

1. Daningue JN; et al.: Pituitary abscess. *J Neurosurg* 46: 601-608, 1977.
2. Enzmann DR; et al.: C.T. of pituitary abscess. *A.J.N.R.* 4 : 79-80, 1983
3. Kucharczyk W et al.: The sella Turcica and parasellar region, in Scott W Atlas (ed): *M.R.I. of the Brain and Spine*, 2nd ed., pp 871 - 890, 1996.
4. Latchaw R.: Patología de la región selar y paraselar. En *Diagnóstico por imagen en RM.y TC de cabeza, cuello y columna*. 2da. Edición Volumen 2, pp 699-701, 1991.
5. Nelson PB; et al.: Abscess formation within pituitary tumors. *Neurosurgery* 12 : 331-334, 1983
6. Selosse P; et al.: Pituitary abscess: case report. *J Neurosurg* 53: 851-852, 1980.
7. Taveras JD: Intracranial Neoplasms. En *Williams-Wilkins* (ed): *Neuroradiology*, 3a. ed., pp 641-642, 1996.