Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):1114

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-9. - APOPLEJÍA HIPOFISARIA: UNA EMERGENCIA NEUROENDOCRINA DE BAJA SOSPECHA DIAGNÓSTICA

A. Silva Klug[1], A. Fajardo Modol[1], C. del Pozo Pico[2], M. Mauri Pont[1]

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa. Barcelona. [2]Servicio de Endocrinología. Clínica Mútua de Terrasa. Terrassa. Barcelona.

Resumen

Objetivos: La apoplejía hipofisaria (AH) es un síndrome clínico agudo debido a hemorragia y/o infarto de la glándula hipofisaria. Es una emergencia neuroendocrina poco frecuente y de baja sospecha diagnóstica. Nuestro objetivo es revisar los casos diagnosticados en la población de Terrassa las últimas 2 décadas.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes registrados con el diagnóstico de AH entre 1990 y 2012 en el área sanitaria de Terrassa (Barcelona). Comprende una población de 550.000 habitantes, atendida en 2 centros hospitalarios: Consorci Sanitari de Terrassa y Hospital Mútua de Terrassa, este último con neurocirugía. *Resultados:* En el período estudiado, 9 pacientes presentaron AH, 3 mujeres (33,3%) y 6 hombres (66,7%), con edad media de 60 años (34,82 ± 17,4). Solo uno con diagnóstico de adenoma hipofisario. Hubo algún factor precipitante en 6 (66,7%): hipertensión arterial en 4, traumatismo craneoencefálico en 1, tratamiento anticoagulante en 1 y agonista dopaminérgico en 1. Clínicamente, todos se presentaron con cefalea brusca e intensa. Otros síntomas fueron diplopía en 6 (66,7%), vómitos en 5 (55,6%) y alteración del nivel de conciencia en 3 (33,3%). En 7 casos (77,8%) se detectó afectación oculomotora: VI par craneal en 6 (66,7%), III par en 4 (44,5%) y IV par en 2 (22,2%). En 4 (44,5%) se objetivó defecto campimétrico, 3 hemianopsia bitemporal y 1 cuadrantanopsia temporal. Solo en 3 (33,3%) existió sospecha clínica inicial de AH. En el resto se plantearon diagnósticos diferenciales infecciosos y vasculares. En 7 casos (77,8%) la prueba inicial fue una TC craneal, 5 (71,4%) mostraron una masa selar y ninguna fue confirmatoria. De los 3 casos con alta sospecha clínica, en uno la TC craneal mostró una masa selar, no realizándose RM craneal por obesidad mórbida; en otro el cuadro se instauró tras inicio de anticoagulación, realizándose RM craneal urgente; el último estaba diagnosticado de macroprolactinoma y la RM craneal urgente no mostró alteraciones. En los casos con baja sospecha, la imagen confirmatoria fue la RM craneal, que se demoró una media de 6 días (2-13 ± 4,5). Ocho (88,9%) tenían déficits hormonales adenohipofisarios, destacando déficit tirotropo en 8 (88,9%) y corticotropo en 6 (66,7%). En 4 hubo hiponatremia (44,5%) debido a hipocortisolismo o a secreción inadecuada de hormona antidiurética. Cinco pacientes fueron sometidos a cirugía (55,6%), todos con criterios de gravedad excepto uno. Dos se intervinieron sin imagen confirmatoria pero con alta sospecha clínica y 3 con RM craneal confirmatoria en los primeros 2 días. Se optó por manejo médico en 4 casos (44,5%), dada la demora de la RM craneal. De los 7 pacientes con afectación visual (57,1%), hubo recuperación completa en 4 independientemente del tratamiento.

Discusión: Las guías clínicas han establecido criterios de indicación quirúrgica, como el deterioro del nivel de conciencia y la disminución de la agudeza visual. Además, los resultados quirúrgicos son mejores en la primera semana. La baja sospecha inicial de AH, incluso cuando la TC craneal urgente muestra una masa selar, retrasa la RM craneal, a menudo confirmatoria. A veces, ello obliga a decidir el tratamiento según el tiempo transcurrido desde el inicio de la clínica, más que según la gravedad. Por tanto, es importante recordar la AH en el diagnóstico diferencial de la cefalea súbita e intensa.

Conclusiones: En nuestra serie se sospechó AH en 1/3 de los casos sólo por los síntomas clínicos. En los casos con oftalmoplejia se detectó cerca del 90% de afectación del VI par craneal y todos los casos con déficit hormonal presentaron déficit tirotropo. La prueba de imagen inicial fue la TC craneal en más de 2/3 de los casos, que mostró una masa selar no conocida en casi todos, pero no fue confirmatoria en ninguno. En más de la mitad de nuestros pacientes se optó por intervención quirúrgica. Hubo recuperación hormonal completa en un paciente y de las alteraciones visuales en más de la mitad de los afectados, sin relación con el tratamiento efectuado.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.