



Clínica cotidiana

Apoplejía hipofisaria

Javier Bustamante Odriozola^a, Álvaro Pérez Martín^a, Nuria San Miguel Martín^b, Daniel Martínez Revuelta^c, Alexandra del Rey Rozas^d, Alicia Azagra Calero^e, Marta Nielfa González^f

^aCentro de Salud Isabel II-Centro. Santander (Cantabria). ^bCentro de Salud de Laredo (Cantabria). ^cCentro de Salud Camargo Costa. Camargo (Cantabria). ^dCentro de Salud Puertochico. Santander (Cantabria). ^eCentro de Salud El Sardinero. Santander (Cantabria). ^fCentro de Salud El Alisal. Santander (Cantabria).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2018

Aceptado el 17 de mayo de 2018

On-line el 27 de septiembre de 2018

Palabras clave:

Apoplejía hipofisaria

Macroadenoma hipofisario

Cefalea

R E S U M E N

La apoplejía hipofisaria es una enfermedad infrecuente generada por una hemorragia o infarto de la glándula pituitaria en el contexto de un adenoma hipofisario.

La sospecha diagnóstica habrá que realizarla en función de la clínica, para lo cual es fundamental el reconocimiento de los signos de alarma de una cefalea para realizar pruebas de imagen complementarias; es de elección la resonancia magnética nuclear.

El tratamiento será médico y quirúrgico, tanto para tratar los déficits hormonales como para la extirpación de masa tumoral, respectivamente.

En atención primaria es fundamental una buena orientación de las cefaleas para discernir entre las que son urgentes y las que no lo son.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Pituitary apoplexy

A B S T R A C T

Pituitary apoplexy is an infrequent disease caused by hemorrhage or infarct of the pituitary gland in the context of a pituitary adenoma.

The diagnostic suspicion will have to be carried out according to the clinic, for which the recognition of the headache warning signs is essential for complementary image tests will have to be carried out, being of choice the nuclear magnetic resonance.

The treatment will be medical and surgical both to treat hormonal deficits, as well as to remove tumor mass respectively.

At the Primary Care level, a good orientation of headache is essential to distinguish between those that are urgent and those that are not.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords

Pituitary apoplexy

Pituitary macroadenoma

Headache

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier_busta1@hotmail.com (J. Bustamante Odriozola).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.035>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 67 años de edad, que, tras valoración domiciliar por cefalea de 48-72 horas de evolución con diplopía y ptosis palpebral izquierda, en el contexto de una semana de postoperatorio para colocación de una prótesis de rodilla con administración profiláctica de heparina, es remitido a Urgencias por su médico de atención primaria.

Como antecedentes personales destacan diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia, en tratamiento con antidiabéticos orales, irbesartán y pitavastatina, respectivamente.

En la exploración física no se objetivan signos meníngeos. Presenta anisocoria izquierda con una pupila media hiporreactiva asociada a blefaroptosis y limitación a la supravversión, abducción e infraversión de la mirada del ojo izquierdo, con diplopía en dichas direcciones. Así mismo se objetiva en la extremidad inferior izquierda paresia por poliomielitis previa. Tampoco se aprecia otra focalidad neurológica.

En la analítica se observan distintos parámetros hormonales: el cortisol está descendido.

En la tomografía axial computarizada craneal se sospecha de macroadenoma hipofisario y posible apoplejía hipofisaria, que se confirma con resonancia magnética urgente (masa selar-supraselar de tamaño aproximado de 17 x 26 x 18 mm) con signos de sangrado agudo-subagudo y lesiones de isquemia crónica de pequeño vaso, compatibles con el diagnóstico de sospecha (Fig. 1).

Tras el diagnóstico de apoplejía hipofisaria secundaria a macroadenoma hipofisario, se realiza exéresis quirúrgica endoscópica transnasal-transesfenoidal, con tratamiento analgésico y hormonal sustitutivo (desmopresina e hidrocortisona) postquirúrgico, aparte de la medicación previa.

En consultas posteriores con Endocrinología se va reduciendo la pauta del tratamiento hasta mantener el corticoide a las dosis mínimas eficaces. La respuesta al tratamiento es buena y sin complicaciones.

Comentario

La apoplejía hipofisaria está causada por una hemorragia o infarto de la glándula pituitaria en el contexto de un adenoma hipofisario¹.

En su forma de presentación más grave, la apoplejía hipofisaria puede dar lugar a la aparición repentina de una cefalea insoportable, diplopía e hipopituitarismo.

Los mecanismos por los cuales se desarrolla no están claramente establecidos, aunque se sugiere una necrosis isquémica por el rápido crecimiento tumoral, anomalías vasculares del tumor y la compresión de la arteria hipofisaria superior contra el diafragma selar; el grado de destrucción glandular es variable². Es necesaria una destrucción glandular del 75-90 % para que se produzcan déficits hormonales permanentes; aunque todos los déficits pueden ocurrir, el de cortisol es el más grave, ya que puede llegar a causar una hipotensión potencialmente mortal.

El aumento súbito de la masa de la hipófisis, debido a una hemorragia aguda, produce una serie de hallazgos clínicos agudos (cefalea intensa, pérdida visual, diplopía, hipopituitarismo); la descompresión quirúrgica de la hipófisis es el tratamiento que se realiza cuando aparece deterioro grave o progresivo de la visión o síntomas neurológicos³.

Los síntomas agudos y las pruebas de imagen (de elección la resonancia magnética nuclear) de una masa hipofisaria confirman el diagnóstico.

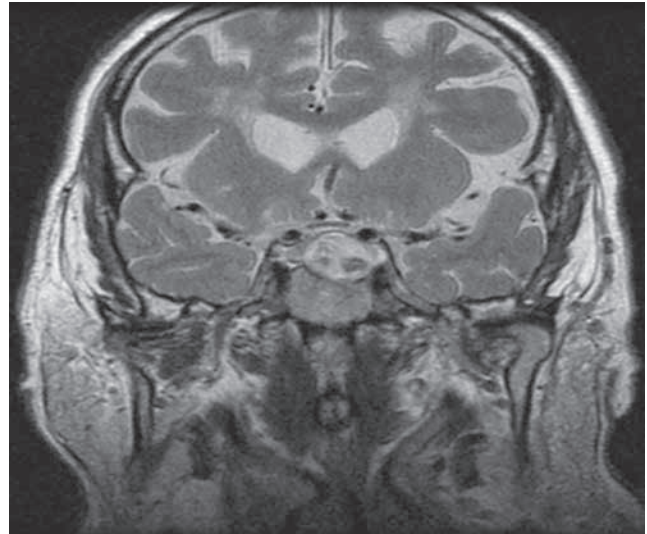


Figura 1 – Macroadenoma hipofisario.

Tanto el hipopituitarismo como la diplopía pueden mejorar después de la descompresión quirúrgica^{4,5}. Ambos problemas también pueden mejorar de forma espontánea, ya que la sangre se reabsorbe durante semanas o meses después de la hemorragia.

En un estudio retrospectivo de 305 pacientes que debían someterse a cirugía transesfenoidal para un adenoma hipofisario clínicamente no funcional, el 50 % tenía déficits hormonales preoperatorios: el 26 % déficits tiroideos; el 20 % de los varones y el 16 % de las mujeres tenían déficits de hormonas gonadales; y el 13% eran déficits de hormonas adrenales⁵. En este mismo estudio se observó mejora entre las seis semanas y los seis meses tras la intervención: 26-36 % de los hombres y 13 % de mujeres que padecían hipogonadismo, 30-50 % con hipotiroidismo y 3 % con hipoadrenalismo⁶.

La tasa de mortalidad quirúrgica en un estudio basado en una encuesta de los neurocirujanos que realizaron la intervención con una población de 958 fue del 0,9 %. La insuficiencia pituitaria anterior (19,4 %) y la diabetes insípida (17,8 %) fueron las complicaciones que ocurrieron con mayor incidencia. La incidencia global de fistulas de líquido cefalorraquídeo fue de 3,9 %. Otras complicaciones significativas, como lesiones de la arteria carótida, lesiones hipotalámicas, pérdida de visión y meningitis, ocurrieron con tasas de incidencia de 1-2 %⁷.

Es importante resaltar la trascendencia de los signos de alarma de una cefalea, para ser capaces de reconocer una patología potencialmente grave que requiera de pruebas complementarias e incluso actuación inmediata. Dichos signos de alarma en la cefalea son⁸:

- Fiebre no explicable por otra causa.
- Dolor intenso de inicio súbito.
- Incrementa de la intensidad con maniobras de Valsalva (excepto en el caso migraña).
- Empeoramiento progresivo.
- Dolor refractario a tratamiento adecuado.
- Cuadro atípico con respecto a episodios previos.
- Disminución del grado de consciencia o agitación psicomotriz.

- Asociada a focalidad neurológica, crisis epilépticas o trastornos conductuales.
 - Localización unilateral estricta (excepto en cefaleas primarias de localización unilateral).
 - Asociada a datos de hipertensión intracraneal (vómitos, papiledema) o signos meníngeos.
 - Inicio en mayores de 55 años.
 - Pacientes oncológicos o inmunocomprometidos.
 - Cefalea que despierta durante el sueño.
2. Tigsi C, Tigsi X, Tigsi L. Caso clínico: Apoplejía en adenoma no funcionante de hipofisis. *Rev Med HJCA*. 2015; 70: 279-83.
 3. Capatina C, Inder W, Karavitaki N, Wass JA. Management of endocrine disease: pituitary tumour apoplexy. *Eur J Endocrinol*. 2015; 172: R179-90.
 4. Randeve HS, Schoebel J, Byrne J, Esiri M, Adams CBT, Wass JAH. Classical pituitary apoplexy: clinical features, management and outcome. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1999; 51: 181-8.
 5. Arafah BM, Harrington JF, Madhoun ZT, Selman WR. Improvement of pituitary function after surgical decompression for pituitary tumour apoplexy. *J Clin Endocrinol Metab*. 1990; 71: 323-8.
 6. Jahangiri A, Wagner JR, Han SW, Tran MT, Miller LM, Chen R, et al. Improved versus worsened endocrine function after transsphenoidal surgery for nonfunctional pituitary adenomas: rate, time course, and radiological analysis. *J Neurosurg*. 2016; 124: 589-95.
 7. Ciric I, Ragin A, Baumgartner C, Pierce D. Complications of transsphenoidal surgery: results of a national survey, review of the literature, and personal experience. *Neurosurgery*. 1997; 40: 225-36.
 8. Vázquez Lima M, Casal Codesido, J. Guía de actuación en urgencias. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ishii M. Endocrine emergencies with neurologic manifestations. *Continuum (Minneapolis)*. 2017; 23: 778-801.