



N° 1212

APOPLEJÍA HIPOFISIARIA (AH)

Presentación de un caso

Dra. Estela Gómez

Dra. Silvia Berner

Dra. Johanna Pino

Dra. Clara Ramírez

Dra. Dennise Torrico

Dr. Victor Arias

Buenos Aires, Argentina. johannapino6@gmail.com

Departamento de Imágenes

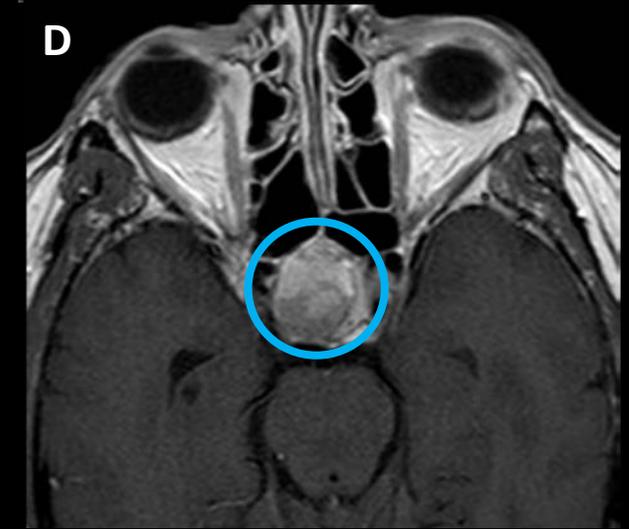
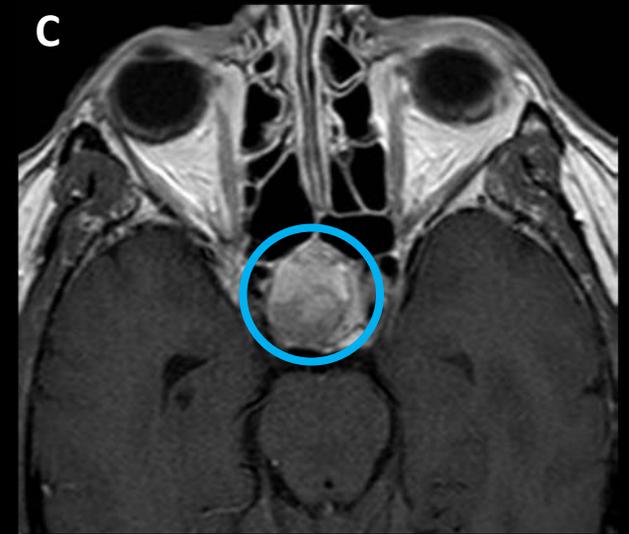
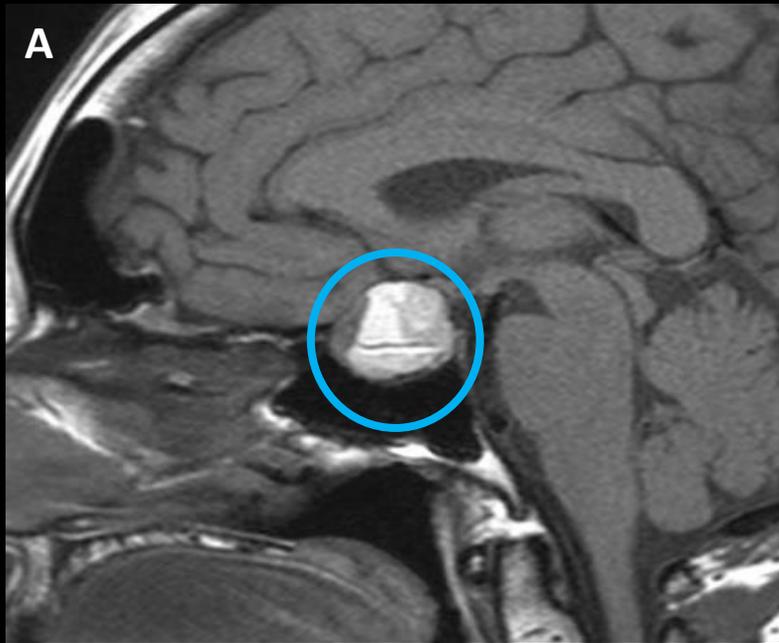
No se declaran conflictos de interés de los autores.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 63 años con antecedente de Schwannoma de peroneo en plan quirúrgico. Durante la consulta refiere astenia, adinamia, pérdida de la memoria y cuadros depresivos de 1 mes de evolución.

Se deriva al servicio de neurología donde solicitan Resonancia Magnética (RM) de cerebro con hallazgo de aumento del tamaño de la silla, por lo que se realiza estudio dirigido con RM selar con gadolinio. Asociado a reporte de laboratorio con hipocortisolemia.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



RM Hipófisis. A nivel de la región selar se observa imagen con señal heterogénea, predominantemente hiperintensa en secuencia T1 (A corte sagital, C corte axial) y en T2 (B) donde presenta signo de nivel. En sentido cefálico contacta y desplaza al quiasma óptico, que al paso del contraste no presenta cambios significativos (D). Correspondiendo a un adenoma con transformación hemorrágica.

DISCUSIÓN

La AP es un síndrome principalmente clínico que cursa con cefalea, en algunos casos por la expansión de una masa tumoral hemorrágica o necrótica o en una glándula normal y que puede estar acompañado de clínica de apoplejía o en muchos casos ser asintomática.

Es una patología rara que se presenta en el 1% de los casos de los macroadenomas. Puede tener complicaciones como extensión hacia la región supraselar y el quiasma óptico generando compresión sobre los pares craneales III, IV y V desencadenando hemianopsia bitemporal y también panhipopituitarismo conllevando a una insuficiencia suprarrenal aguda con hipovolemia y coagulación intravascular diseminada.

El método de elección es la RM donde podemos encontrar:

- Silla turca aumentada de tamaño de intensidad heterogénea de acuerdo a su componente hemorrágico o no.
- En su fase mas aguda áreas hiperintensas en T1 e hipo/ hiperintensa en T2.
- En su fase mas crónica hipointensa en T1 y T2.
- Al paso del contraste Gadolinio puede visualizarse un realce de tipo periférico.

CONCLUSIÓN

La AP tiene un pronóstico bueno y su tratamiento es a base de corticoides en dosis altas. La opción quirúrgica solo se considera en casos de compresión aguda del quiasma óptico. La RM es el método diagnóstico de elección, en este caso aportando un diagnóstico más preciso y el compromiso de estructuras adyacentes en una valoración integral del paciente.

En nuestro caso la paciente evoluciona favorablemente con tratamiento, en espera de plan quirúrgico programado.

Entre sus diagnósticos diferenciales tener en cuenta el quiste de la hendidura de Rathke, el absceso hipofisario y el síndrome de Sheedan.

BIBLIOGRAFÍA

- Claire Briet, Sylvie Salenave, Jean-François Bonneville, Edward R. Laws, and Philippe Chanson. Pituitary Apoplexy. *Endocrine Reviews*, December 2015, 36(6):622–645
- Serramito-García R., García-Allut A., Arcos-Algaba A.N., Castro-Bouzas D., Santín-Amo J.M., Gelabert-González M. Apoplejía pituitaria: Revisión del tema. *Neurocirugía* [Internet]. 2011 Feb [citado 2023 Ago 18]22(1): 44,49. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pi=S113014732011000100004&lng=es
- Javier Bustamante Odriozola a , Álvaro Pérez Martína , Nuria San Miguel Martínb , Daniel Martínez Revueltac , Alexandra del Rey Rozasd , Alicia Azagra Caleroe , Marta Nielfa González. Apoplejía hipofisaria. 2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
- F. Comuñas R. Al-Ghanem, V. Calatayud Maldonado. Pituitary apoplexy. *Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza Vol.12 Numero 6. páginas 504-511 (Enero 2003*
- Orrego A1, Jácome A2. Diagnosis and management of pituitary apoplexy. Editor Emérito, *Revista Medicina*. 27/08/2018)