**C 2**

**ABSCESO DE QUISTE DE LA BOLSA DE RATHKE: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**
Francisco Muñoz Ortíz2, Flavia Nilo Concha1, Francisco Guarda Vega2, Pablo Villanueva Garín2, Claudio Callejas Cánepa2

1Hospital Clínico Universidad Católica, 2Pontificia Universidad Católica de Chile

**Contenido:**

El absceso hipofisario es una patología rara que puede presentarse en una glándula sana, con lesiones selares preexistentes (adenoma, quiste de la bolsa de Rathke, craneofaringioma) o con intervenciones previas (cirugía, radioterapia). Típicamente se presenta con cefalea, hipopituitarismo, diabetes insípida y hallazgos característicos en la resonancia magnética (RM), habitualmente en ausencia de fiebre e inflamación sistémica.

Se presenta el caso de una paciente con el antecedente de un quiste de la bolsa de Rathke operado, que evoluciona con un absceso hipofisario.

**CASO CLÍNICO**

Mujer de 51 años con antecedente de quiste de la bolsa de Rathke operado en el año 2004, sin remanente visible y eupituitárica hasta el año 2013. El 2016 consultó por cefalea, alteración visual y baja de peso, con RM que mostró lesión quística de 16 mm que contactaba vía óptica sin alteración campimétrica, por lo que se mantuvo en observación, con resolución espontánea en RM de abril 2018.

En junio 2018 consulta por cefalea y diplopía por paresia de III nervio craneano derecho de pocos días de evolución, afebril, sin otros hallazgos clínicos. Se realiza RM que mostró 2 lesiones quísticas hipointensas en T1, hiperintensas en T2, con una cápsula gruesa que se refuerza con gadolinio y con contacto de vía óptica; además se objetiva hipopituitarismo sin diabetes insípida, campo visual poco interpretable por poca cooperación en contexto de una infección respiratoria intercurrente y PCR levemente alta.

Ante la sospecha de un absceso hipofisario se hospitaliza y previa preparación con hidrocortisona y levotiroxina, se realiza cirugía transesfenoidal endoscópica donde se objetiva un absceso con cápsula indurada y salida de material purulento del esfenoides y ambas cavidades quísticas, además de un defecto en el piso selar. Los cultivos confirmaron infección por Staphilococcusaureusmeticilino sensible, por lo que recibió cloxacilina durante 3 semanas. La paciente evoluciona con diabetes insípida post-operatoria, remisión de sus síntomas, PCR normal y RM que mostró ausencia de lesiones residuales. Queda pendiente la reevaluación del hipopituitarismo en diferido.

**CONCLUSIÓN**

El absceso hipofisario es una causa rara dentro de las lesiones selares quísticas, que puede aparecer en glándulas sanas o con alteraciones estructurales previas como este caso. Habitualmente debuta con cefalea, hipopituitarismo y diabetes insípida en ausencia de fiebre, signos de irritación meníngea o elevación de parámetros inflamatorios. Si bien clínicamente puede confundirse con otras patologías selares, sus hallazgos en RM son característicos y ayudan al diagnóstico diferencial. El tratamiento habitual comprende el drenaje quirúrgico por vía transesfenoidal y el uso de antibioterapia endovenosa prolongada, además del manejo del hipopituitarismo frecuentemente asociado.

**Financiamiento:** Sin financiamiento