**C 4**

**METÁSTASIS HIPOFISARIA ASOCIADA A ACROMEGALIA ECTÓPICA POR CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS PEQUEÑAS: IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS CLÍNICO-IMAGENOLÓGICO EN LESIONES SELARES**
Raiza García Lois1, Pablo Villanueva Garín2, Flavia Nilo Concha3, Héctor Galindo Aranibar4, Sebastián Mancilla Wistuba5, Francisco Guarda Vega3

1Departamento Endocrinología, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2Departamento de Neurocirugía, Programa de Tumores Hipofisarios UC, Pontificia Universidad Católica de Chile, 3Departamento de Endocrinología, Programa de Tumores Hipofisarios UC, Pontificia Universidad Católica de Chile, 4Departamento de Hematología y Oncología, Pontificia Universidad Católica de Chile, 5Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

**INTRODUCCIÓN**: Las características imagenológicas en resonancia magnética (RM) son claves para orientar el estudio etiológico de una lesión hipofisaria. Si bien los adenomas son la causa más frecuente, rasgos atípicos como la posición de la hipófisis normal, anatomía del diafragma selar y presencia de compromiso de tallo y neurohipófisis permiten extender el diagnóstico diferencial y ampliar el estudio hormonal y etiológico. A raíz de un caso clínico, presentamos la importancia de conocer las características imagenológicas que deben hacer sospechar diagnósticos alternativos.

**CASO CLÍNICO**: Mujer de 57 años con antecedentes de HTA, hipotiroidismo primario y tabaquismo, consultó por alteración de campo visual de 1 mes de evolución. Se evidenció un defecto bitemporal en la campimetría, por lo que se realiza RM selar que muestra una lesión en reloj de arena isointensa en T1, hipointensa en T2, con captación heterogénea de gadolinio, compromiso de pars tuberalis y tallo de 18mm, compresión quiasmática e hipófisis normal desplazada hacia inferior y lateral; informado como macroadenoma hipofisario. Al examen destacaba facies tosca sin otros estigmas de acromegalia e historia de poliuria y nicturia significativas. Estudio hormonal confirmó acromegalia, hiperprolactinemia leve y una probable diabetes insípida (Prolactina 74.8ng/mL, IGF-1 215ng/mL (VN 36-200), nadir GH 1.87ng/mL, FSH 12.7mUI/mL, TSH 3.41uUI/mL, T4 7.6ng/dL, Cortisol basal 9.1 y post ACTH 19ug/dL, Na 143mEq/L, Osm plasmática 316mOsm/Kg, Osm urinaria 493mOsm/Kg).

Debido a imagen atípica para adenoma por el desplazamiento inferior de hipófisis normal, compromiso de tallo y preservación de diafragma selar asociado a posible diabetes insípida, se sospechó lesión no adenomatosa. Se realizó TC de tórax, abdomen y pelvis que evidenció 3 nódulos pulmonares mal delimitados asociado a múltiples adenopatías hiliares, subcarinales y precarinales, con metástasis hepática y suprarrenal izquierda. Biopsia transbronquial confirmó carcinoma pulmonar de células pequeñas con probables metástasis hipofisaria y acromegalia por producción ectópica de GHRH. Se trató con quimioterapia con Etopósido + Cisplatino + Pembrolizumab/placebo y Radioterapia paliativa holocránea 30 Gy en 10 fracciones. Presentó buena respuesta estructural de lesión hipofisaria y de enfermedad sistémica, sin embargo al 5° mes de tratamiento se pesquisó progresión cerebral con múltiples nuevas lesiones nodulares supra e infratentoriales.

**CONCLUSIÓN**: Este caso nos recuerda la importancia de la evaluación crítica de la clínica y RM frente a una lesión selar, considerando elementos como las características radiológicas, la posición de la hipófisis normal, preservación del diafragma selar y presencia de compromiso de tallo y de diabetes insípida. La sospecha clínica en lesiones atípicas puede cambiar radicalmente el diagnóstico y manejo como este caso.

**Financiamiento:** No