**P 37**

**HIPOPITUTARISMO POST TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO: A PROPÓSITO DE UN CASO. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y ALGORITMO DE MANEJO**

Carolina Carmona Riady1, Flavia Nilo Concha2, Pablo Villanueva Garín3, Carmen Carrasco Mardones4, Francisco Guarda Vega2  
1Departamento de Endocrinología, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2Departamento de Endocrinología, Programa de Tumores Hipofisarios, Pontificia Universidad Católica de Chile, 3Departamento de Neurocirugía, Programa de Tumores Hipofisarios, Pontificia Universidad Católica de Chile, 4Clínica Alemana de Santiago

**Introducción:** El traumatismo encéfalo craneano (TEC) es una las principales causas de muerte y discapacidad en adultos jóvenes, con incidencia de 134 a 618 casos por 100 mil habitantes al año. La disfunción hipofisaria post TEC era considerada una entidad poco común; sin embargo evidencia creciente ha mostrado una alta tasa de disfunción hipofisaria luego de TEC moderados a severos (15-50%), con el consecuente riesgo del aumento de morbimortalidad en estos pacientes.

**Caso clínico:** Hombre 22 años previamente sano, ingresa a urgencia por accidente de alta energía con TEC complicado en Glasgow 7, con fractura expuesta de cráneo y macizo facial, pérdida de masa encefálica, extenso compromiso contuso hemorrágico frontal basal y temporal anterior bilateral, quiasma óptico y diencéfalo y daño axonal difuso; además, fractura expuesta de rodilla que fueron intervenidos quirúrgicamente. Evoluciona con diabetes insípida (DI) con necesidad de desmopresina EV y se objetiva compromiso corticotropo y gonadotropo. Evoluciona con deterioro cognitivo y necesidad de rehabilitación por equipo multidisciplinario, y persistencia de déficit corticotropo y neurohipofisario a los 6 meses de evolución.

**Discusión:** La prevalencia de hipopituitarismo post TEC moderado a severo varía entre los estudios, descrita en 50-80% de los pacientes en la fase aguda (0-14 días) y en un 2-70% en la fase crónica (3 - 6 meses), siendo los ejes somatotropo (30%) y gonadotropo (28%) los más frecuentemente comprometidos; seguidos del corticotropo (20%) y DI (7-26%) que son la principal causa de morbimortalidad de este cuadro. Dado que es un trastorno frecuente y la clínica puede confundirse con el síndrome post TEC, es esencial su identificación y manejo oportuno. Como grupo sugerimos que todo paciente con TEC moderado a severo sea evaluado en agudo con natremia, diuresis y cortisol matinal, con el fin de identificar precozmente la insuficiencia suprarrenal (ISR) y la DI. Proponemos que un cortisol <11ug/dL debe ser considerado ISR y recibir suplementación, valores >15ug/dL la descartan y valores intermedios deben reevaluarse durante el período agudo. En caso de no disponer de cortisol sérico o ante valores intermedios persistentes, tratar si hay sospecha. En la fase crónica, proponemos que todo paciente sea reevaluado con estudio de ejes hipofisarios completo, hayan o no presentado compromiso endocrinológico agudo, ya que la disfunción puede aparecer de novoen forma diferida.

**Conclusión:** El hipopituitarismo post TEC es un trastorno frecuente y con importante morbimortalidad asociada, por lo que el conocimiento de éste y su manejo impacta favorablemente en el pronóstico de estos pacientes.

**Financiamiento:** NINGUNO