

REGRESIÓN DE MACROADENOMA HIPOFISARIO NO FUNCIONANTE SECUNDARIO A APOPLEJÍA HIPOFISARIA. REVISIÓN DE CASOS.

Ángela Garrido Maldonado¹, Daniela Ávila Osoreo¹, Cristian Aguilar Dreyse¹, Leslie Echeverría Barría¹, Javiera González Fuenzalida¹, Francisco Cordero Anfossi¹

¹Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción

La apoplejía hipofisaria (AH) es un evento que pone en riesgo la vida, resultante de hemorragia o infarto de un adenoma hipofisario preexistente o en el contexto de una glándula hipertrofiada. Es observada usualmente en pacientes con adenomas no funcionantes (incidencia 2 a 7%), principalmente en hombres entre 5ª y 6ª década.

En más del 80% de los casos, la AH es la primera forma de presentación: cuadro característico de cefalea intensa y súbita, alteraciones en el campo visual y/o oftalmoplejía, compromiso de conciencia e hipopituitarismo, siendo el eje corticotropo el más frecuentemente afectado (sobre 70%).

Se describen casos en la literatura, en los cuales la AH, causa regresión del adenoma, tanto funcionante, como no funcionante, con recuperación clínica.

Casos clínicos

Se presentan cuatro casos evaluados entre 2018 y 2019 en nuestro centro.

Tabla 1: características pacientes

Paciente	Sexo/Edad	Cuadro clínico	RM inicial	RM control	CV inicial	CV control
1	M/78	Cefalea, convulsiones	Macroadenoma 15 mm, hemorrágico	Sin lesión	-	Normal
2	M/63	Cefalea	Macroadenoma 22x14x26 mm, hemorrágico	Remanente 1 cm	-	Normal
3	M/32	Cefalea, pérdida CV	Macroadenoma 20x18x21 mm, hemorrágico	Remanente 14x4x13 mm	Defecto mínimo OI	Normal
4	M/83	Pérdida CV	Macroadenoma hemorrágico de 17 mm	Remanente 15x16x11 mm	Hemianopsia OD	Hemianopsia en disminución OD

En nuestra serie, el déficit más frecuente fue del eje corticotropo (cortisol random promedio ingreso 3.9 mcg/dl). Seguido por déficit de eje tirotrópico en el 75% casos (TSH promedio 0,91 mIU/L, T4L promedio 0,7 ng/dl) y por déficit gonadotrópico (75%), hallazgos acordes a la literatura.

Con respecto a la prolactina, presentaron un promedio de 7.65 ng/dl, compatibles con hipopituitarismo. Todos los pacientes presentaron disminución del tamaño del macroadenoma, con resolución de síntomas de masa. Dos pacientes requirieron sustitución a largo plazo de hipopituitarismo. Un solo paciente, requiere reemplazo tirotrópico actualmente y el paciente más joven de nuestra serie (32 años), desapareció completamente la lesión, con recuperación íntegra de ejes.

Discusión

Los macroadenomas hipofisarios tienden a sangrar 5 veces más que otros tumores del SNC y aún así, es poco frecuente. La disposición a apoplejía estaría dada por crecimiento tumor vs irrigación o por compresión de éste contra el diafragma selar. El inicio de sustitución corticoidal es fundamental en esta situación clínica. La desaparición o reducción del macroadenoma estará dada por la reabsorción de sangre y tejido necrosado.

Conclusión

La resolución espontánea del efecto de masa de un adenoma hipofisario no funcionante, es extremadamente poco frecuente y aún menos en los funcionantes. Se sugiere que el seguimiento sea a largo plazo, para controlar reaparición, crecimiento de remanente y ajuste de terapia de sustitución.

Financiamiento: sin financiamiento