

ABSCESO HIPOFISIARIO: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EN UNA SERIE DE 4 CASOS.

Francisco Cordero Anfossi¹, Claudio Campos Córdova²

¹Servicio Endocrinología, Clínica Dávila, ²Servicio Neurocirugía, Clínica Dávila.

Introducción

El absceso hipofisiario es una entidad infrecuente, cuyo diagnóstico clínico y radiológico es difícil ya que los síntomas infecciosos ocurren en 1/3 de los casos, siendo los síntomas habituales la cefalea y el hipopituitarismo asociado con frecuencia a diabetes insípida(DI). Habitualmente afecta a una glándula normal y puede producirse por diseminación hematógena o extensión directa de un foco infeccioso adyacente. El diagnóstico definitivo se suele establecer en el momento de la intervención quirúrgica y el cultivo

Caso 1:

Mujer 20 años, 1 año de amenorrea, antecedente de sinusitis crónica
Dentro de estudio funcional hipogonadismo, e hipotiroidismo con PRL 38ng/ml
RM con lesión de 15 mm con realce en anillo
Se realiza drenaje quirúrgico
Se aísla Neisseria Cineria y SAMS. No recupera función hipofisiaria

Caso 2:

Mujer 30 años. Antecedente de infección respiratoria alta 3 meses previos.
Consulta por disminución de campo visual y cuadro de poliuria de 6 litros, se confirma DI e indemnidad de ejes hipofisarios, con PRL 94ng/ml
RM con lesión de 19 mm
Se realiza drenaje de absceso, no se aísla germen. En postoperatorio persiste DI, mantiene ejes indemnes

Caso 3:

Hombre 31 años. Antecedentes de TEC abierto 10 años previos. Cefalea
Evaluación funcional con hipotiroidismo, hipogonadismo, PRL 120ng/ml
RM lesión mixta de 18 mm. Campo visual normal
Se realiza resección de adenoma más absceso. No se aísla germen. Recupera ejes en el seguimiento

Caso 4

Mujer 37 años, antecedente de colitis ulcerosa y otitis media crónica, con timpanoplastia reciente.
Cuadro de 3 semanas de cefalea, fiebre hasta 38º, poliuria 6 litros
RM con lesión infundibular de 16mm sugerente de absceso, con campo visual normal
Dentro de estudio funcional destacaba hipotiroidismo, PRL 29ng/dl
Se realizó drenaje, se aísla Stafilococcusmitis.
Evoluciona con panhipopituitarismo

Resultados:

En nuestra serie, un paciente (25%) se presentó con clínica infecciosa.
El 75% tenía algún déficit de hipófisis anterior y el 50% se presentó con diabetes insípida
El 50% se presentó con cefalea.
En todos los pacientes se sospechó la puerta de entrada, siendo alguna infección de vía aérea superior (sinusitis, otitis) y en un caso un TEC abierto el cuál además presentaba un macroadenoma asociado.
Se realizó drenaje quirúrgico en todos los pacientes y se logró aislar el germen en sólo 2 pacientes, siendo los gérmenes aislados flora de vía respiratoria.
Todos recibieron algún esquema antibiótico de amplio espectro o ajustado según germen. Ninguno ha presentado recidiva del absceso.

Conclusión

El diagnóstico preoperatorio es difícil debido a la clínica insidiosa y hallazgos radiológicos poco específicos. Se debe sospechar ante un paciente con masa selar quística con realce en anillo, sobre todo si se asocia a clínica infecciosa y/o DI e hipopituitarismo.

El tratamiento es el drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico prolongado

Financiamiento: Sin financiamiento