

## Caso 1

### “ABSCESO HIPOFISIARIO”

Presenta:

Dr. Patricio Salman Mardones

Profesor Asociado Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

Grupo GESUR

Paciente género femenino, 42 años. Jefa taller desabolladura.

Antecedentes previos de Fibromialgia, comienza con cuadro de 6 meses de poliuria marcada, nicturia (6-8 veces por noche), polidipsia (llegando a beber 4-5 litros de agua helada al día), sin baja de peso. Médico psiquiatra deriva a endocrinología por sospecha de Diabetes Insípida.

Dentro de sus medicamentos usaba Duloxetina, Pregabalina, complejo vitamínico y vitamina D. Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus tías materna, HTA madre y tías. En el momento de consulta de endocrinología estaba en amenorrea de 4 meses, G1P1A0. Tabaco +, sin consumo de alcohol.

Evaluada en endocrinología destacaba al examen físico IMC 35, signos de acantosis y acrocordones +, mucosas hidratadas, presión arterial 130/80 mmHg. Resto normal. La paciente tenía exámenes iniciales con glicemia 102 y TAC cerebro sin contraste normal (solicitados por psiquiatra).

Se le solicitaron exámenes, destacando: Glicemia 92, Prolactina 33.9 (<20), cortisol AM 17.6, IGF-1 89.6 (60-350), FSH 4.2, Estradiol 47.5, TSH 6.9, T4L 0.59, Creatinina 0.8, ELP 148/4,3/110, Osmolaridad plasmática 316, Osmolaridad urinaria 183, Na urinario 16 mEq/L, bHCG (-).

Se solicita RM selar c/c: *“Glándula hipofisaria de forma y tamaño adecuado, con borde superior convexo. Ausencia de hiperseñal habitual de la neurohipófisis en T1. Resto parénquima hipofisario homogéneo, sin evidencia de lesión focal o difusa. Tallo pituitario de calibre y morfología normal. Región hipotalámica sin alteraciones” (Figura 1).*

Confirmándose Diabetes Insípida e Hipotuitarismo Central inicia Desmopresina oral 60 µg 2 veces al día y Levotiroxina 50 µg al día. Con buena respuesta clínica casi normalizando diuresis en forma inmediata.

Exámenes de control: Ca 10.0, Glicemia 99, Albúmina 4.4, ELP 144/4,3/106, Creatinina 0.7, TSH 2,8, T4L 0.84. Se ajusta Desmopresina oral a 2 comprimidos en la mañana y 1 comprimido en la noche. Se solicita RM selar de control para descartar proceso expansivo que no se haya visto en la primera RM.

RM selar de control *“Glándula hipofisaria de mayor tamaño que lo observado en la RM previa, con expansión supraselar ocupando la cisterna, contactando quiasma óptico, de 13x15x26 mm. Además, en su parénquima, se observa área nodular hipocaptante de contornos mal definidos de 11mm. Persiste ausencia de neurohipófisis en T1. No se visualiza claramente tallo hipofisario” (Figura 2).*

Se solicitan exámenes y se acuerda con paciente biopsia hipofisiaria.

Exámenes solicitados: ENAs negativos, ANCAp (-), ANCAc (-). ANA (-), Enzima Convertidora Angiotensina 51.3 U/L (8-52),  $\beta$ HCG (-), AFP 4.22 (1,09-8,04), PCR 5.3 (<5,0), Glóbulos blancos 9280, VHS 12. Campo visual normal.

Paciente se somete a cirugía hipofisiaria vía transesfenoidal destacando a la apertura de la región hipofisiaria salida material escaso aspecto purulento (**Figuras 3 y 4**). Se toman biopsias y cultivos.

Cortisol intrahospitalario en 3.0 por lo que inicia Hidrocortisona en el perioperatorio y al alta. Evolucionan en forma favorable. Continúa con antibióticos orales al alta. Rescate de cultivos aeróbicos no evidenció crecimiento microbiano, no alcanzó muestra para cultivo anaerobio y micobacterias.

Biopsia definitiva concluye: *“Fragmento de hipófisis con hallazgos morfológicos concordantes con hipofisitis linfocítica. Microfragmento de tejido hipofisiario con necrosis focal y cambios reactivos. No se reconoce signos de enfermedad por IgG4, no se reconoce atipia ni neoplasia. Nota: el infiltrado inflamatorio que compromete la adenohipófisis es predominantemente linfoplasmocitario con escasos polimorfonucleares, muestra predominio de CD4 sobre CD8 y necrosis focal”*.

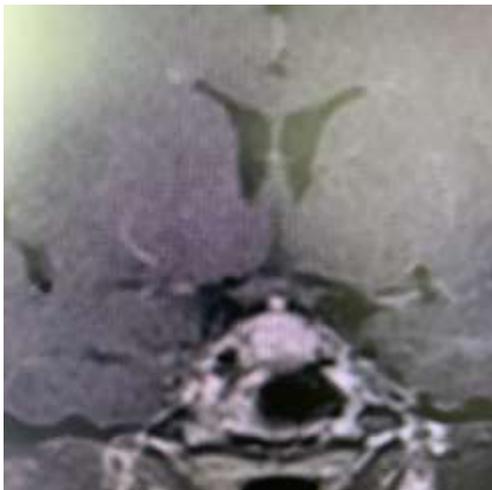


Figura 1

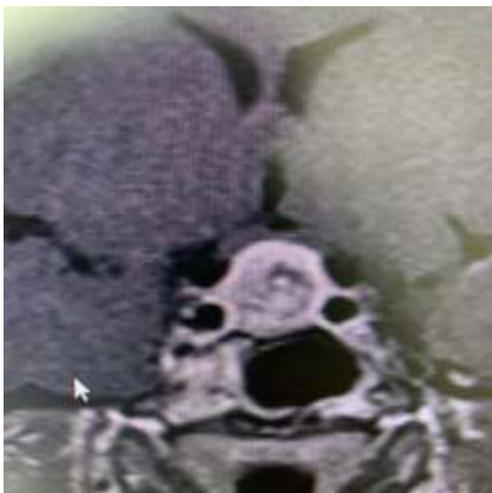


Figura 2

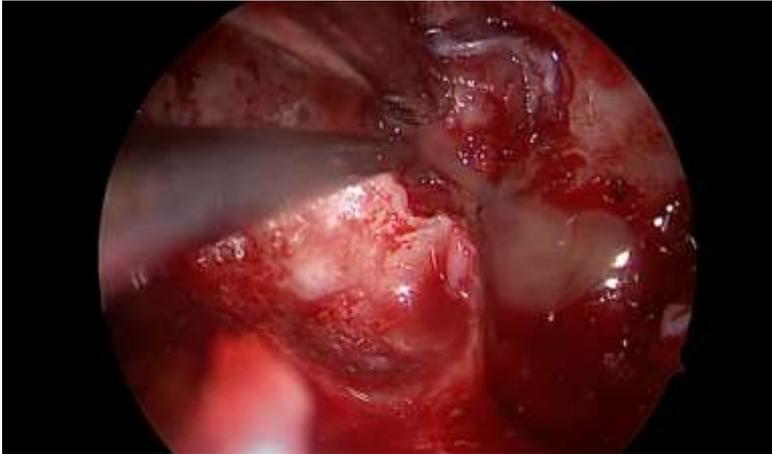


Figura 3

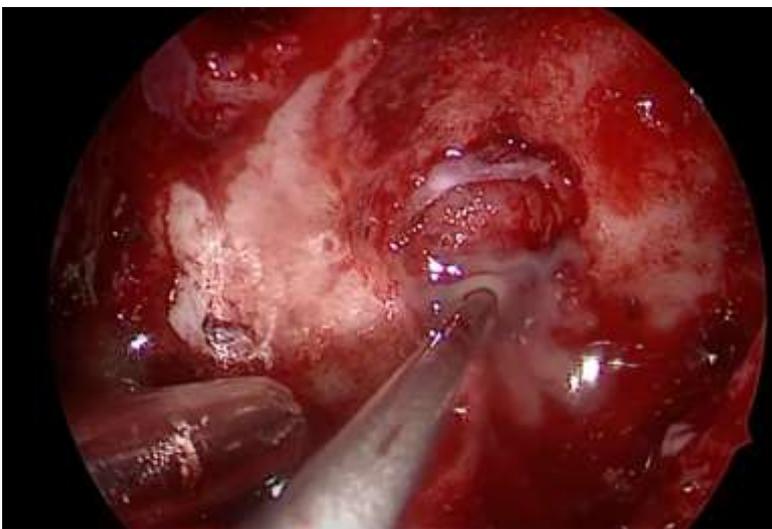


Figura 4

#### Bibliografia

1. Fuyi Liu, Li Guilin, Yao Yong, et al. Diagnosis and management of pituitary abscess: experiences from 33 cases. *Clinical Endocrinology* (2011) 74, 79-88.
2. Cabuk Burak, Caklili M, Anik I, et al. Primary pituitary abscess case series and review of the literature. *Neuroendocrine Lett* 2019; 40(2): 99-104.
3. Agyei J, Lipinski L, Leonardo J. Case report of a primary abscess and systematic literatura review of pituitary abscess with a focus on a patient outcomes. *World Neurosurgery*, 2017; 101: 76-92.