



361 - APOPLEJÍA HIPOFISARIA EN EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

A. García Piorno, I. Losada Gata, A. Rivas Montenegro, R.J. Añez Ramos, G. Collado González, M. Gómez-Gordo Hernanz, J. Atencia Goñi, A. Galdón Sanz-Pastor, E. Fernández Fernández y O. González Albarrán

Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Introducción: La apoplejía hipofisaria (AH) es una condición clínica que refleja la rápida expansión del contenido selar como consecuencia de la hemorragia o isquemia de un adenoma hipofisario. Su expresividad clínica es variable, desde formas asintomáticas hasta cuadros graves de insuficiencia suprarrenal central. Se consideran factores precipitantes la anticoagulación, las pruebas de estímulo hormonal o el embarazo.

Caso clínico: Mujer de 38 años, gestante de 33+1 semanas mediante ovodonación, con antecedente de infertilidad por fallo ovárico prematuro. Consulta por visión borrosa desde la semana 27 de la gestación, estable desde el inicio del déficit. El estudio oftalmológico identifica cuadrantanopsia bitemporal superior. Sin cefalea ni síntomas neurológicos. Se solicita resonancia magnética craneal, con hallazgo de macroadenoma hipofisario con restos hemorrágicos en fase subaguda. En base a ello se realiza el diagnóstico de apoplejía hipofisaria. El estudio hormonal detecta hiperprolactinemia (129,9 ng/ml). Inicialmente se opta por un manejo conservador con glucocorticoides (GC) y medidas de soporte. Sin embargo, ante el progresivo deterioro de la función visual se decide finalizar la gestación para ofrecer tratamiento quirúrgico. Tras la cesárea programada en la semana 34 se realiza la resección vía transesfenoidal. El examen histopatológico identifica restos hipofisarios con positividad focal de FSH y LH. La paciente presenta una marcada mejoría de la clínica visual tras la intervención. No se evidencian déficits hormonales posquirúrgicos pero desarrolla diabetes insípida permanente.

Discusión: No se ha descrito una estrategia de consenso para el tratamiento de la AH en el embarazo. La intervención prioritaria es la reposición de GC. El tratamiento quirúrgico y el manejo conservador tienen resultados equiparables tanto en recuperación visual como de la función endocrina, por lo que se recomienda individualizar según la situación clínica.