



25 - DIFERENCIAS ENTRE LA APOPLEJÍA CLÍNICA Y SUBCLÍNICA. FACTORES DE RIESGO, EVOLUCIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA

P. Costa¹, S. Sarria-Estrada², E. Cordero-Asanza³, A. Chaachou-Charradi⁴, Y. Karelys Ng-Wong², M. Cicuendez³, I. Hernández¹, A. Rojano Toimil¹, B. Biagetti¹ y A. Casteràs¹

¹Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ³Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Resumen

Introducción: La apoplejía hipofisaria (AH) es una condición clínica rara y potencialmente mortal, siendo la cefalea severa de inicio súbito uno de los principales síntomas. Sin embargo, algunos casos son subclínicos (AS), identificados de forma incidental en la resonancia magnética.

Objetivos: Describir las características clínicas y la evolución de los pacientes con apoplejía aguda sintomática (AA) en comparación con la AS.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo de pacientes diagnosticados de apoplejía hipofisaria entre enero de 2010 y agosto de 2021.

Resultados: Se identificaron 37 pacientes (17 hombres, rango de edad 18,3-80,8 años, mediana de edad 47,7 años). Ocho (21,6%) presentaban AS y 29 (78,4%) AA [de los cuales 17 fueron intervenidos quirúrgicamente y 12 recibieron tratamiento conservador]. La DM2 (11 vs. 0; $p < 0,05$), la dislipemia (10 vs. 0 $p = 0,05$) y los tumores de mayor tamaño (5.589 ± 8.562 mm vs. 650 ± 879 mm; $p < 0,05$) e invasivos fueron más frecuentes en AA vs. AS. El mayor diámetro tumoral OR 1,10 (1,01-1,2) y tener un adenoma hipofisario no funcionante (AHNF) elevó el riesgo de requerir cirugía OR: 29,36 (1,86-462,36). Durante el seguimiento, 13/37 (35,1%) pacientes desarrollaron hipopituitarismo sin diferencias entre grupos. En pacientes no quirúrgicos, el volumen del adenoma se redujo espontáneamente al año de la apoplejía en 13/20 (65%), mediana de reducción de volumen en RM de 1 año (40,0% frente a 23,7%) en el grupo de AA con tratamiento conservador frente a AS.

Conclusiones: Estos datos sugieren que los AHNF de mayor tamaño tienen mayor riesgo de AA y podrían requerir cirugía. La reducción del tumoral es clínicamente relevante después de un año de AH. El hipopituitarismo es bastante frecuente independientemente del tipo de AH incluso en pacientes con AS por lo que el seguimiento de estos pacientes es mandatorio.