



56 - APOPLEJÍAS HIPOFISARIAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

M. Gallach Martínez, J.J. Alfaro Martínez, A. Ruiz de Assín Valverde, M. Jara Vidal, N.P. Roig Marín, C. Delicado Hernández, S. Aznar Rodríguez, L.M. López Jiménez, E. Parreño Caparrós y C. Lamas Oliveira

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resumen

Introducción: La apoplejía hipofisaria es una urgencia endocrinológica poco frecuente. Un diagnóstico y un tratamiento precoz disminuyen la mortalidad.

Objetivos: Describir la clínica, comorbilidades y resultados en el manejo de las apoplejías hipofisarias.

Métodos: Estudio descriptivo de 22 pacientes con apoplejía hipofisaria en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete entre 2007-2024.

Resultados: La mediana de edad fue de 47,44 años, siendo el 63,6% hombres. Sobre comorbilidades previas, el 22,5% padecía DM, el 36,4% HTA y el 45,5% DLP. El 9,1% estaban en tratamiento con antiagregantes/anticoagulantes. Presentaron cefalea (95,5%), náuseas y vómitos (63,6%), paresia de algún par craneal (31,8%; siendo el más frecuente el III en un 18,2%), pérdida de campo visual unilateral (27,3%). El 31,8% tenían un adenoma hipofisario ya conocido. Al diagnóstico tenían un adenoma funcionante el 27,3% (prolactinoma el más frecuente, 13,6%), déficit de gonadotropinas 50%, de TSH 50% y de ACTH 18,2%. En la RMN, el 63,6% de los adenomas se extendía extraselarmente (50% invasión del seno cavernoso), y el 54,5% comprimía el quiasma. 8 recibieron tratamiento conservador, 6 tratamiento quirúrgico precoz y 8 se operaron a partir del 8º día. Un paciente falleció.

Déficits adquiridos tras el tratamiento	Conservador (n = 8)	Cirugía precoz (n = 6)	Cirugía tardía (n = 8)
LH-FSH	2 (25%)	1 (16,67%)	1 (12,5%)
TSH	2 (25%)	1 (16,67%)	2 (25%)
ACTH	1 (12,5%)	3 (50%)	2 (25%)
ADH	1 (12,5%)	3 (50%)	1 (12,5%)
No hay diferencias significativas.			

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que sufrieron una apoplejía hipofisaria presentaban factores de riesgo cardiovascular. Los principales síntomas al debut fueron cefalea, náuseas, vómitos

y paresia de algún par craneal. El manejo en nuestro medio fue mayoritariamente quirúrgico. Las principales secuelas fueron el hipopituitarismo y la diabetes insípida. Nuestros datos sugieren que los pacientes operados presentaban con mayor frecuencia déficit de ACTH y ADH.