



173 - HIPOFISITIS POR PEMBROLIZUMAB: UNA RARA PRESENTACIÓN

A. Martínez García, I. Quiroga López, M.Á. Valero González, P. de Diego Poza y B. Blanco Samper

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: La inmunoterapia ha supuesto un gran avance en el tratamiento oncológico en los últimos años, debemos estar atentos a las complicaciones endocrinológicas asociadas. Caso clínico y revisión de la bibliografía.

Caso clínico: Varón, 70 años pluripatológico, adenocarcinoma pulmonar estadio IVA y tratamiento con pembrolizumab (una dosis 8 días antes del ingreso) y antecedente de adenocarcinoma prostático tratado con radioterapia. Ingresar por EPOC reagudizado, precisando insulinización completa (HbA1c 8,5%). A las 48 horas comienza con cefalea y poliuria de más de 15 litros con alteraciones en bioquímica compatibles con diabetes insípida. Se inicia tratamiento con desmopresina y se solicita eje hormonal hipofisario y RM. Analítica: LH 13,5 mUI/ml, FSH 12,8 mUI/ml, testosterona total 1,30 ng/ml, PRL 11,93 ng/ml, ACTH < 5 pg/ml, cortisol basal 2, TSH 0,22 μ U/ml, T4 libre 1,13 ng/dl, T3 2,12 pg/ml, IGF-1 69,04 ng/ml. RM hipofisaria: aumento de tamaño hipofisario y engrosamiento del tallo sin lesiones ocupantes. Con el diagnóstico de hipofisitis inmunomediada, se retrasa la dosis de pembrolizumab, se mantiene la desmopresina, se ajusta el tratamiento esteroideo y se decide alta a domicilio con seguimiento semanal. En control analítico posterior se descarta hipotiroidismo central. Reingresa a las dos semanas por descompensación cardiaca. Durante el ingreso se comprueba la reversión de la diabetes insípida central. El paciente fallece por las complicaciones de su enfermedad. Búsqueda bibliográfica en Pubmed según las palabras clave "hypophysitis", "pembrolizumab", y revisión.

Discusión: Es importante detectar esta complicación potencialmente mortal a tiempo e iniciar tratamiento hormonal sustitutivo, plantear la retirada temporal del agente causante e iniciar tratamiento esteroideo (prednisona 1-2 mg/kg de peso/día hasta 4 semanas) y en caso de presentar cefalea o alteraciones visuales, iniciar pauta esteroidea intravenosa durante 3-5 días.