



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/3015 - APOPLEJÍA HIPOFISARIA EN ADENOMA DE HIPÓFISIS

M.J. Figueres Farreny

Médico de Familia. Centro de Salud ABS Rambla. Sant Feliu de Llobregat.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 64 años que acude a urgencias del centro de salud por cefalea brusca bifrontal, somnolencia, alteración nivel de conciencia, náuseas y disminución de la agudeza visual.

Exploración y pruebas complementarias: -Antecedentes personales: exfumador, HTA, artritis reumatoide seropositiva, SAOS portador de CPAP. No dolor torácico, no DPN, no edemas maleolares. No ingurgitación ni pulso palpable arteria temporal. ECG: bradicardia sinusal a 40 x'. TA 169/94. Afebril. Exploración neurológica (NRL): dificultada por somnolencia del paciente, destaca ptosis palpebral izquierda. Se deriva a hospital de referencia para valoración NRL urgente. Estudio NRL: TC y RNM: masa hipofisaria intra y supraselar de 26 × 20 × 24 mm, con leve extensión a seno cavernoso izquierdo sin englobar carótida interna, compresión N. óptico y con sangrado intratumoral. Se administra hidrocortisona y se deriva a hospital de tercer nivel realizándose resección transesfenoidal a los 3 días de tumoración extracapsular completa, sin complicaciones. Anatomía patológica: macroadenoma hipofisario con extensa necrosis y hemorragia.

Juicio clínico: Macroadenoma hipofisario con hemorragia (apoplejía hipofisaria) (AH).

Diagnóstico diferencial: Formas agudas de AH: hemorragia subaracnoidea, meningitis bacteriana, infarto del mesencéfalo (oclusión arteria basilar), trombosis del seno cavernoso.

Comentario final: La AH es un síndrome clínico agudo provocado por la hemorragia y/o infarto de la glándula hipofisaria. Constituye uno de los cuadros clínicos de urgencia neuroendocrinológica. El diagnóstico de AH debería valorarse en pacientes con cefalea aguda grave, presenten o no síntomas neurooftalmológicos. La incidencia de AH aguda en adenomas hipofisarios oscila entre un 0,6 y un 9%. Afecta más a pacientes entre la quinta y la sexta década y es algo más frecuente en varones. La AH debe tratarse en centro Hospitalario donde exista disponibilidad de tratamiento microquirúrgico por vía transesfenoidal y supervisión estrecha desde el punto de vista oftalmológico y endocrinológico

Bibliografía

1. Vicente A, Lecumberri B, Gálvez MA. Clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of pituitary apoplexy. *Endocrinol Nutr.* 2013;60:582.e1-582.e12.
2. Carrasco CA, Villanueva P. Selective use of glucocorticoids during the perioperative period of

transsphenoidal surgery for pituitary tumors. Rev Med Chil. 2014;142:1113-9.

Palabras clave: *Pituitary Apoplexy. Growth Hormone. Secreting Pituitary Adenoma.*