

## Caso clínico

# Masa selar, no siempre un adenoma: presentación de 3 casos clínicos



Noelia Barrera Olarte, Romina Esparza, Cecilia Hurtado, Nicole Lemaitre, Mariela Luna\*, Ronaldo Oliszewski, Mariel Soto y Teresa Torrado

Unidad de Patología Glandular, Hospital Ángel Cruz Padilla, San Miguel de Tucumán, Argentina

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 14 de diciembre de 2016

Aceptado el 18 de febrero de 2017

On-line el 30 de mayo de 2017

#### Palabras clave:

Absceso  
Hipófisis  
Masa selar

#### Keywords:

Abscess  
Pituitary  
Sellar mass

### R E S U M E N

El absceso hipofisario es un proceso infeccioso dentro de la silla turca, infrecuente, grave y de difícil diagnóstico debido a sintomatología variada e inespecífica. Presentamos 3 casos clínicos de abscesos hipofisarios, teniendo en común la presencia de lesiones preexistentes. Todos fueron intervenidos quirúrgicamente, 2 pacientes resultaron ser abscesos asépticos y en un paciente se aisló *Aspergillus capsulatum*. Presentaron buena evolución con el tratamiento médico pero con secuelas de hipopituitarismo. Es muy importante tener en cuenta el absceso hipofisario entre los diagnósticos diferenciales de las masas que se localicen en esa región debido a que el diagnóstico oportuno y el tratamiento correcto son relevantes para el pronóstico de estos pacientes.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### A sellar mass, not always an adenoma: A report of 3 cases

#### A B S T R A C T

Pituitary abscess is due to a severe and uncommon infection in the sella. It is difficult to diagnose due to varied and non-specific symptoms. A report is presented of 3 cases of pituitary abscess, which had the presence of pre-existing injuries in common. All were subjected to surgery, with aseptic abscesses found in 2 patients, and *Aspergillus capsulatum* was isolated in 1 patient. They showed good progress with medical treatment, but with sequelae of hypopituitarism. It is very important to consider the pituitary abscess in the differential diagnosis of the masses that are located in that region, as a timely diagnosis and proper treatment can be important for the prognosis of these patients.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cenehpadilla@gmail.com](mailto:cenehpadilla@gmail.com) (M. Luna).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.raem.2017.03.001>

0326-4610/© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El absceso hipofisario es un proceso infeccioso dentro de la silla turca con reacción inflamatoria aguda o crónica. En 1914, Simonds describió por primera vez un caso de un absceso pituitario. Años más tarde, en 1977, Domingue y Wilson reportaron una serie de 7 casos, actualmente la serie más grande reportada en la literatura es la serie de Vates, de 24 casos<sup>1</sup>. El diagnóstico precoz es difícil y habitualmente se realiza de forma postoperatoria o post mortem. La etiología puede ser por: 1) complicación de lesiones preexistentes; 2) extensión directa o por vía hematógena, y 3) sin fuente de infección clara. Los abscesos selares se clasifican en primarios cuando se desarrollan sobre una glándula sana y en secundarios cuando lo hacen sobre una glándula con patología subyacente, como un adenoma, un craneofaringioma, un quiste de la bolsa de Rathke o radiación. Los agentes etiológicos pueden ser bacterianos, micóticos, virales o parasitarios. El más frecuente es *Staphylococcus coagulasa negativo* y en el 36.50% no se aísla germen. La clínica que provocan se manifiesta por disfunción pituitaria o por efecto de masa; estos se diagnostican en la mayoría de los casos solo después del drenaje transesfenoidal, el cual es el abordaje terapéutico de elección. Son subdiagnosticados y se convierten en una enfermedad con alta mortalidad si no se realiza el tratamiento correcto y oportuno<sup>2</sup>.

Dada la infrecuencia de esta patología, consideramos de mucha relevancia dar a conocer estos casos, para así tener en cuenta esta condición ante un paciente con un cuadro clínico parecido, o como diagnóstico diferencial ante una lesión expansiva selar.

## Caso clínico 1

Paciente de sexo femenino, de 32 años. Refiere que a los 8 años de edad, luego de una meningitis bacteriana, le diagnosticaron un tumor hipofisario, del cual no tuvo seguimiento posterior. Refiriendo únicamente cefalea crónica. Consultó por náuseas, vómitos incoercibles y aumento de la intensidad de la cefalea. En los estudios complementarios se encontró: RM selar con proceso expansivo selar y paraselar (figs. 1 y 2), la punción lumbar normal, la analítica inicial encontró leucocitosis, eritrosedimentación acelerada y anemia y perfil hormonal de panhipopituitarismo. En espera del turno quirúrgico, presentó reagudización de los síntomas, por lo que se decidió cirugía de urgencia por vía transepto-esfenoidal, con diagnóstico intraoperatorio de absceso hipofisario por la presencia de material purulento. Inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y metronidazol. En el postoperatorio inmediato presentó, diabetes insípida de difícil manejo y neumonía intrahospitalaria asociada a asistencia respiratoria mecánica. Posteriormente, el cultivo resultó negativo para gérmenes comunes y bacilos ácido-alcohol resistentes, y el diagnóstico anatomopatológico concluyó apoplejía hipofisaria sin células tumorales (tabla 1). Completó el tratamiento antibiótico interpretándose el cuadro clínico como absceso hipofisario aséptico. La paciente



**Figura 1 – RM selar, corte coronal. Imagen hiperintensa con áreas sólido-quísticas.**

se recuperó clínicamente luego de 2 meses de internación por las complicaciones asociadas y, en el momento del alta, se retira con tratamiento hormonal sustitutivo de los ejes comprometidos.



**Figura 2 – RM selar, corte sagital. Imagen hiperintensa en T1.**

**Tabla 1 – Diagnósticos anatomopatológicos**

Caso 1	Apoplejía hipofisaria
Caso 2	Absceso hipofisario por <i>Aspergillus capsulatum</i>
Caso 3	Tumor inflamatorio/infeccioso crónico de hipófisis



**Figura 3 – Radiografía de tórax de frente. Presenta infiltrados intersticiales bilaterales.**

### Caso clínico 2

Paciente de sexo masculino, de 59 años. Antecedentes de panhipopituitarismo de etiología no determinada, sustituido con levotiroxina e hidrocortisona, sin otra patología que justifique inmunocompromiso. Consultó por fiebre, astenia, adinamia, vómitos, diarrea, hipotensión arterial y síntomas respiratorios. Se interna con diagnóstico de shock hipovolémico e insuficiencia adrenal secundaria a infección respiratoria baja (figs. 3 y 4). Se inicia tratamiento antibiótico empírico para neumonía de la comunidad e hidrocortisona. Durante la internación permaneció con fiebre y comenzó con cefalea y alteraciones visuales, y debido al antecedente de silla turca vacía en la RM de años anteriores, se solicitó nueva imagen selar. RM selar: tumor hipofisario, con sospecha de



**Figura 4 – Tomografía de tórax, ventana pulmonar, corte axial. Confirma infiltrados intersticiales.**

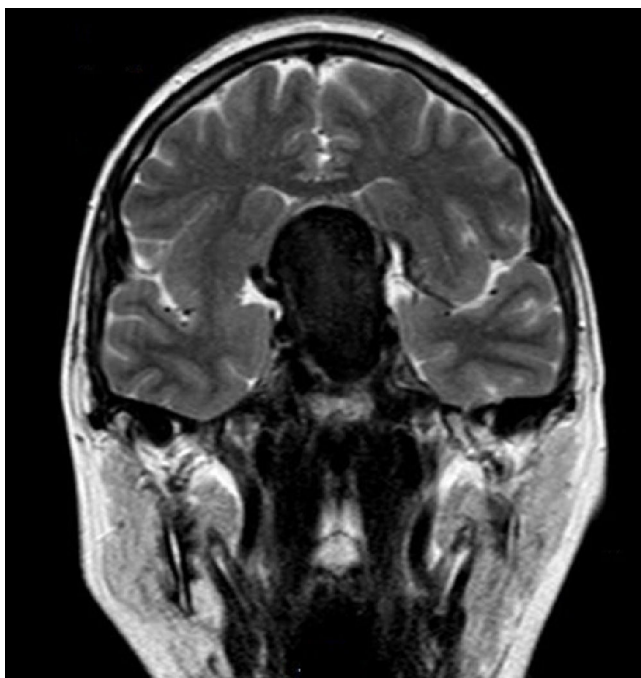


**Figura 5 – Resonancia magnética selar, corte sagital, que demuestra la presencia de lesión a nivel de hipófisis, bien delimitada, con bordes regulares y que después de la administración de gadolinio lleva a cabo un reforzamiento en toda la periferia.**

absceso hipofisario (figs. 5 y 6). El laboratorio confirmó panhipopituitarismo. Se realizó cirugía transesfenoidal con exéresis tumoral. Se aisló en el cultivo *Staphylococcus coagulasa* negativo y realizó tratamiento con vancomicina. Posteriormente la descripción anatomopatológica describió absceso hipofisario por *Aspergillus capsulatum* (tabla 1), realizándose tratamiento con anfotericina B y luego itraconazol hasta completar 6 meses. Presentó buena evolución clínica, indicándose al alta tratamiento con hidrocortisona y levotiroxina.

### Caso clínico 3

Paciente de sexo masculino, de 33 años. Presenta antecedentes de traumatismo encefalocraneano, meningitis a repetición y obesidad. Ingresó por cefalea intensa holocraneana, rigidez de nuca, fotofobia, vómitos y alteración del campo visual. Se le realizó punción lumbar y en el líquido cefalorraquídeo se aisló *Enterococcus* spp. y *Morganella morgani*. La campimetría informó hemianopsia homónima bitemporal, por lo que se le solicitó RM selar, en donde se observó imagen redondeada supraselar con refuerzo poscontraste (fig. 7). Se indicó por esto tratamiento antibiótico empírico, sin conseguir la respuesta terapéutica esperada, por lo que se decidió cirugía transesfenoidal con drenaje de colección supurada, diagnosticándose absceso de hipófisis. El cultivo fue negativo para gérmenes comunes y micosis. Cumplió 6 semanas de antibiótico terapia de amplio espectro y se indicó el alta con reemplazo hormonal de los ejes comprometidos. A los 45 días, reingresó por cefalea, vómitos y deterioro del campo visual; se le efectuó una nueva imagen de RM selar que mostró tumoración supraselar (fig. 8), decidiéndose cirugía transcraneal, debido al tamaño



**Figura 6 – Resonancia magnética selar, corte coronal, lesión de hipófisis con realce periférico luego del gadolinio.**

de la lesión, realizándosele hipofisectomía total. La biopsia arrojó resultado de un tumor inflamatorio/infeccioso crónico de hipófisis (tabla 1).

Fue dado de alta con sustitución hormonal adeno y neuro-hipofisaria.

### Discusión

Los abscesos de hipófisis son una patología de muy baja incidencia y difícil diagnóstico, ya que la clínica y la imagenología son inespecíficas. El principal factor de riesgo para el desarrollo de abscesos selares es el antecedente de cirugía previa en dicha región. Otro factor de riesgo identificado es la inmunosupresión<sup>3</sup>.

Las lesiones pituitarias, principalmente los adenomas, suelen ser más vulnerables a la infección por causar alteraciones



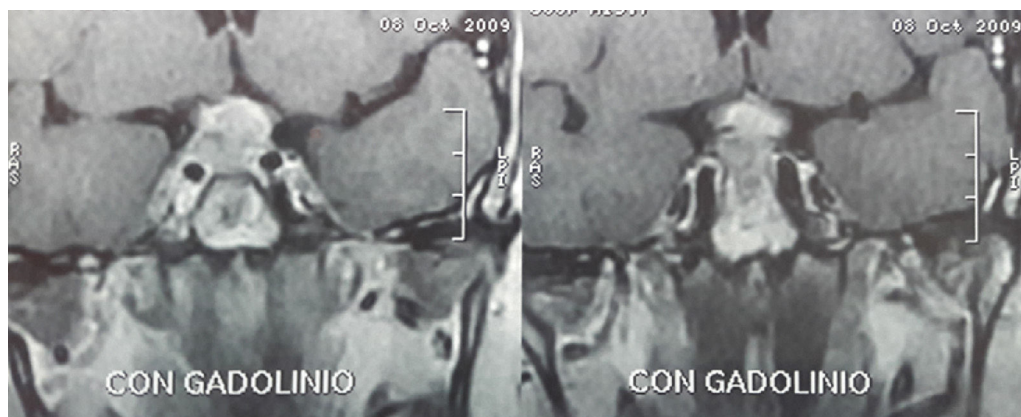
**Figura 8 – RM selar, corte coronal. Persistencia de la imagen en T1 heterogénea.**

en la circulación o por presentar áreas de necrosis y déficit inmunológico local<sup>2</sup>. Nuestros pacientes tenían antecedentes de patología selar.

Los agentes etiológicos más frecuentemente identificados son los grampositivos, gramnegativos y anaerobios, aunque existen reportes de casos de infecciones micóticas y amebianas. Los cultivos logran identificar al agente solo en el 54% de los casos, de los cuales el 85% son grampositivos (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus* del grupo alfa, *Streptococcus pneumoniae* y *Streptococcus faecalis*)<sup>4</sup>.

Los cultivos intraoperatorios del contenido resultaron negativos en 2 pacientes, lo que es compatible con la literatura, que indica que en el 50% de los casos no se detecta el germen causal. Esto podría deberse al uso prolongado de diferentes familias de antibióticos, o porque los abscesos no son infecciones verdaderas, sino que representan una reacción tisular frente a un infarto de un adenoma<sup>5</sup>.

Considerando que la certeza diagnóstica basada solo en la clínica es casi imposible por la diversidad de sintomatología, el apoyo imagenológico parecería tener alguna relevancia, pero diversos estudios indican que incluso la RM de encéfalo



**Figura 7 – RM selar, corte coronal. Imagen en T1 heterogénea.**

no es concluyente en el momento de diferenciar un absceso hipofisario respecto de otras patologías selares. No obstante, se describe que se presentarían como lesiones isointensas o hipointensas en T1 e hiperintensas en T2, cuyo borde se realza tras la administración de contraste. Pero estos hallazgos también son compatibles con necrosis de cualquier adenoma. En nuestros casos, la imagenología fue útil en el algoritmo diagnóstico de los mismos<sup>6</sup>.

En relación con el tratamiento de elección, teniendo en cuenta lo difícil del diagnóstico pre quirúrgico, actualmente aún la evacuación de la colección y el uso de antibioticoterapia, siguen siendo las mejores medidas diagnóstico-terapéuticas. En nuestros casos utilizamos uno de los abordajes más aceptados, como es la vía transesfenoidal, con la que se logró una evacuación completa de las colecciones<sup>1,7</sup>.

Los hallazgos intraquirúrgicos más frecuentemente identificados son la presencia de cápsula quística, de diferentes texturas y espesor, que contienen en su interior un material denso y cremoso, compatible con pus. Las complicaciones posquirúrgicas más comunes incluyen meningitis, cerebritis, fístula de líquido cefalorraquídeo y lesión infecciosa vascular, pero es raro ver descritas estas complicaciones en la actualidad. Ninguno de los pacientes presentó alguna de ellas<sup>4</sup>.

La cirugía mejora de manera importante la sintomatología relacionada con la ocupación selar, como la cefalea y los déficits visuales, pero esto no sucede con la función hipofisaria, ya que en la mayoría de los casos es necesario el remplazo hormonal, tal como ocurrió con nuestros pacientes<sup>8,9</sup>.

Tomar en cuenta al absceso hipofisario entre los diagnósticos diferenciales de las masas que se localicen en la región selar es muy importante debido a que el tratamiento correcto puede hacer la diferencia y el pronóstico de estos pacientes se modifica sustancialmente. En nuestros casos, la evolución fue buena, con recuperación total de síntomas, aunque con secuelas de hipopituitarismo y requerimiento de sustitución de los ejes hormonales comprometidos.

---

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pável González F, Ibarra C, Guzmán P, Astorga E, Leyva A, Álvarez C, et al. Absceso Hipofisario: presentación de un caso. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 2011;5:34-8.
2. Soto R, Quintana L, Vega R. Absceso pituitario. *Rev Chil Neurocirugía.* 2013;39:65-8.
3. Freda P, Beckers A, Katznelson L, Molitch M, Montori M, Post K, et al. Pituitary Incidentaloma: An endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96:894-904.
4. Simonds J. Studies on the pathology of the hypophysis. Abscess of the hypophysis. *Endocrine Review.* 2008;9:117-21.
5. Graña D, Ponce de León C, Perendones M, Dufrechou C. Abscesos de hipófisis: presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura. *Arch Med Interna.* 2015;37:122-212.
6. Vilar L. Diagnóstico diferencial de masas selares. *Endocrinología clínica, 16, 4.ª ed.* Río de Janeiro, Brasil: Medbook; 2012. Parte 1.
7. Lui F, Li G, Yao Y, Yang Y, Ma W, Li Y, et al. Diagnosis and management of pituitary abscess: experiences from 33 cases. *J Clin Endocrinology.* 2011;74:79-88.
8. Petrosianss P, Delvenne P, Flandroy P, Jopart P, Stevenaert A, Beckers A. An unusual pituitary pathology. *J Clin Endocrinol Metab.* 1998;83:3455-8.
9. Vaselev V, Rostomyan L, Daly A, Potorac L, Zacharieva S, Bonneville J, et al. Pituitary incidentaloma: Neuroradiological assessment and differential diagnosis. *Eur J Endocrinol.* 2016;175:171-84.