

## Carta al Director

### Una causa rara de diabetes insípida aislada

Sr. Director:

El síndrome de silla turca vacía (STV) se define como una herniación del espacio subaracnoideo a través de un defecto del diafragma selar hacia el interior de dicha silla. Aunque esta anomalía suele acompañarse de función hipofisaria normal, se han descrito defectos endocrinológicos hasta en el 30% de los pacientes, en su mayoría secundarios a un infarto espontáneo de un tumor hipofisario<sup>1</sup>. Al contrario que la hipófisis anterior, la afección de la posterior es muy poco frecuente, y la asociación de STV y diabetes insípida (DI) es excepcional<sup>2-5</sup>. Por ello, hemos querido aportar un nuevo caso de esta rara asociación.

Se trata de un varón de 22 años que consulta por una historia de poliuria, polidipsia y nicturia de larga duración. No refería cefalea ni síntomas visuales ni en otras áreas. Nacido de parto eutócico sin complicaciones, sin antecedentes de traumatismo craneoencefálico ni familiares de DI. El test de deshidratación confirmó el diagnóstico de diabetes insípida con buena respuesta a vasopresina exógena. Las funciones gonadal, tiroidea y adrenal, la prolactina y la reserva de hormona de crecimiento fueron normales. La tomografía axial computarizada demostró STV sin otra enfermedad asociada. El paciente realizó revisiones periódicas, y 30 años más tarde la DI persistía como único síntoma, mientras que la función adenohipofisaria permanecía intacta. La resonancia magnética cerebral demostró STV como único hallazgo.

Existen en la bibliografía una decena de casos descritos de asociación de STV y DI aislada<sup>2-5</sup>. En la práctica totalidad de los casos se trata de mujeres de edad madura, que son las que presentan con mayor frecuencia STV<sup>2-5</sup>. Se ha postulado como posible explicación de esta asociación que ambas fueran secundarias a una apoplejía tumoral previa<sup>1</sup>. No obstante, la temprana edad de presentación y la ausencia de déficit adenohipofisarios asociados en el seguimiento a largo plazo en este caso, no van a favor de esta causa. Asimismo, esta asociación podría ser secundaria a pequeñas alteraciones hipotalámicas y/o del tallo hipofisario que traccionen del tallo<sup>1</sup>. No parece que la presencia de líquido cefalorraquídeo (LCR) intraselar *per se* influya sobre la función de la adenohipofisis posterior, sino más bien parece que la reducción de tamaño de la silla turca crearía un espacio potencial donde se podría herniar el líquido de forma secundaria<sup>6</sup>. En nuestro paciente, parece más probable que se trate de una alteración en la región hipotálamo-hipofisaria con STV secundaria o bien una asociación meramente casual.

D. PÉREZ, N. PASTORA,  
 A. GÓMEZ-PAN Y M. MARAZUELA  
 Servicio de Endocrinología. Hospital de la Princesa.  
 Departamento de Medicina. Universidad Autónoma  
 de Madrid. Madrid. España.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Brismar K, Efendic S. Pituitary function in the empty sella syndrome. *Neuroendocrinology* 1981;21:167-75.
2. Matisonn R, Pimstone B. Diabetes insipidus associated with an empty sella turcica. *Postgrad Med J* 1973;48:274-6.
3. Lambert M, Gaillard RC, Vallotton MB, Megret M, Delavelle J. Empty sella syndrome associated with diabetes insipidus: case report and review of the literature. *J Endocrinol Invest* 1989;12:433-7.
4. De Pablos Velasco PL, Faleh A, Losada A. Silla turca vacía asociada a diabetes insípida. Presentación de un nuevo caso. *Rev Clin Esp* 1990;186:242-3.
5. Tallón Lobo S, Bueno C, Becerra A, Jociles J, Pérez-Miranda M. Silla turca vacía asociada a diabetes insípida. Aportación de un nuevo caso. *Rev Clin Esp* 1991;189:45.
6. Marano GD, Horton JA, Vazquez AM. Computed tomography in diabetes insipidus: posterior empty sella. *Br J Radiol* 1981;54:263-5.