

CARTAS CIENTÍFICAS

Absceso hipofisario: presentación de 2 casos y revisión de la literatura



Pituitary abscess: Report of two cases and literature review

Un absceso hipofisario es una afección rara pero grave, consistente en un proceso infeccioso con acumulación de material purulento en el interior de la silla turca. Sus síntomas son por lo general poco específicos, al igual que sus características radiológicas. El diagnóstico de sospecha se establece con frecuencia en el momento de la cirugía y se confirma con el estudio patológico.

Presentamos los casos de 2 pacientes que fueron tratados en nuestro centro por abscesos hipofisarios, describiendo sus características clínico-radiológicas y realizando una revisión de la literatura.

Caso 1

Mujer de 44 años de edad, que presentó clínica de galactorrea persistente tras finalizar la lactancia en el contexto de una hiperprolactinemia hace 10 años. Diagnosticada de un macroadenoma hipofisario no funcionante, fue intervenida en otro centro mediante un abordaje transesfenoidal con resección tumoral completa. El diagnóstico histológico fue de adenoma hipofisario. Tras la intervención, la paciente presentó amenorrea secundaria y diabetes insípida, por lo que siguió tratamiento crónico con desmopresina.

En los estudios iniciales de resonancia magnética (RM) hipofisaria no se objetivó resto o recidiva tumoral. Diez años después de la intervención, se puso de manifiesto un progresivo incremento de volumen del tejido intraselar que se diagnosticó de una posible recidiva tumoral (fig. 1). La paciente no presentaba síntomas subjetivos, fiebre, nuevos déficits hormonales ni afectación campimétrica.

Ante los hallazgos de RM hipofisaria fue nuevamente intervenida por vía transesfenoidal, observando tras la apertura dural, la salida de un líquido cremoso y amarillento, con aspecto de pus, que rellenaba el espacio selar. Se drenó y se remitieron muestras para cultivo y estudio histológico. El informe anatomopatológico estableció el diagnóstico de absceso hipofisario. Los cultivos fueron negativos.

La paciente recibió antibioterapia intravenosa (cefuroxima y vancomicina) durante 2 semanas y antibioterapia oral (amoxicilina/clavulánico) hasta completar 6 semanas. No se produjeron complicaciones postoperatorias ni hubo nuevos déficits hormonales hipofisarios. Los sucesivos controles postoperatorios de RM mostraron los cambios posquirúrgicos habituales y una disminución significativa del volumen del contenido selar. Tras 15 meses de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática y mantiene tratamiento sustitutivo con desmopresina.

Caso 2

Mujer de 53 años con antecedentes de hipotiroidismo primario en tratamiento sustitutivo. Acudió al hospital por presentar cefalea intensa y vómitos persistentes con quebrantamiento de su estado general, sin fiebre ni otra clínica infecciosa acompañante. En la analítica de ingreso destacaba una leucocitosis de $17.000/\text{mm}^3$, hiponatremia grave ($\text{Na } 120 \text{ mmol/l}$) con normovolemia, osmolaridad plasmática baja, sodio urinario elevado e hipocortisolismo. Con el diagnóstico de síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) e insuficiencia suprarrenal se inició tratamiento sustitutivo con hidrocortisona y restricción hídrica y la paciente experimentó una mejoría progresiva.

La tomografía computarizada (TC) cerebral fue normal y la RM mostró engrosamiento del tallo hipofisario, leve captación del hipotálamo y 2 lesiones hipofisarias quísticas con realce periférico tras la administración de contraste (fig. 2). El diagnóstico inicial fue de posible adenoma hipofisario quístico y, por la alteración del tallo hipofisario y del hipotálamo, se planteó el diagnóstico diferencial con sarcoidosis e histiocitosis x (posteriormente descartadas tras estudios complementarios).

Fue trasladada a nuestro centro e intervenida quirúrgicamente mediante un abordaje transesfenoidal. Tras la apertura dural se obtuvo un tejido de consistencia blanda y color amarillento, de aspecto purulento. El informe anatomopatológico estableció el diagnóstico de absceso hipofisario. El cultivo de la muestra fue negativo, a pesar de no haberse administrado antibioterapia previamente.

Tras la intervención se administró tratamiento antibiótico intravenoso (ceftriaxona) durante 2 semanas. Posteriormente se mantuvo tratamiento antibiótico vía oral (amoxicilina/clavulánico) hasta completar 6 semanas. No hubo complicaciones posquirúrgicas inmediatas y el SIADH

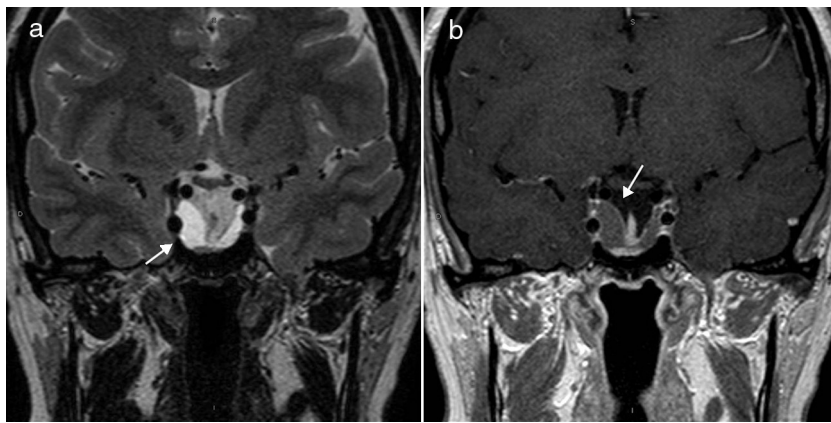


Figura 1 Secuencias de RM en el plano coronal ponderadas en T2 espín-eco (a) y T1 espín-eco (b) después de administrar gadolinio por vía intravenosa. En (a) se muestra una lesión quística ocupando el espacio de la silla turca (flecha). La misma lesión tras el contraste (b) bien definida, hipointensa, en la glándula hipofisaria rodeada de una captación lineal fina (flecha).

remitió, aunque la paciente desarrolló una diabetes insípida que requirió instaurar tratamiento con desmopresina. Los sucesivos controles de RM mostraron la desaparición de la lesión con normalización del grosor del tallo hipofisario. Tras 16 meses de seguimiento se encuentra asintomática y mantiene tratamiento sustitutivo con desmopresina e hidrocortisona.

El absceso hipofisario es una entidad poco frecuente que constituye menos del 1% de las lesiones hipofisarias¹⁻⁵. Su diagnóstico clínico-radiológico es difícil porque no tiene características diferenciales con los adenomas hipofisarios. Puede producirse por diseminación hematógena o por extensión directa desde un foco infeccioso adyacente, como sinusitis esfenoidal, meningitis o trombosis del seno cavernoso^{1,3,5}. Lo más frecuente es que afecten a una glándula hipofisaria normal aunque también existen casos en los que asientan sobre una lesión preexistente, como un adenoma, un craneofaringioma o un quiste de la bolsa de Rathke^{1,2,6}.

La cirugía transesfenoidal previa es el factor de riesgo más importante^{1,4}. Otros factores predisponentes son la

inmunodepresión y la radiación. No obstante, un número importante de casos suceden en pacientes sin factores de riesgo conocidos¹⁻³.

Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas y su curso clínico suele ser crónico e indolente. La cefalea es el síntoma más frecuente. Otros síntomas comunes son las alteraciones de campo visual (50%) y los déficits hormonales adenohipofisarios (30-50%)²⁻⁴. Las manifestaciones infecciosas solo están presentes en un tercio de los casos y el meningismo en un 25% de ellos^{1-4,7}, pero cuando aparecen tienen valor como dato de sospecha diagnóstica. La diabetes insípida puede ser útil en el diagnóstico diferencial puesto que es un síntoma inhabitual para adenomas hipofisarios y, por el contrario, es frecuente en los abscesos¹. Sin embargo, existen muy pocos casos descritos de SIADH asociado a tumores hipofisarios⁸, como ocurre en el caso 2, que comenzó con SIADH y tras el drenaje del absceso este remitió, quedando como secuela una diabetes insípida.

La RM es la técnica diagnóstica radiológica de elección³. Habitualmente aparece como una lesión selar quística, con realce periférico en anillo tras la administración del

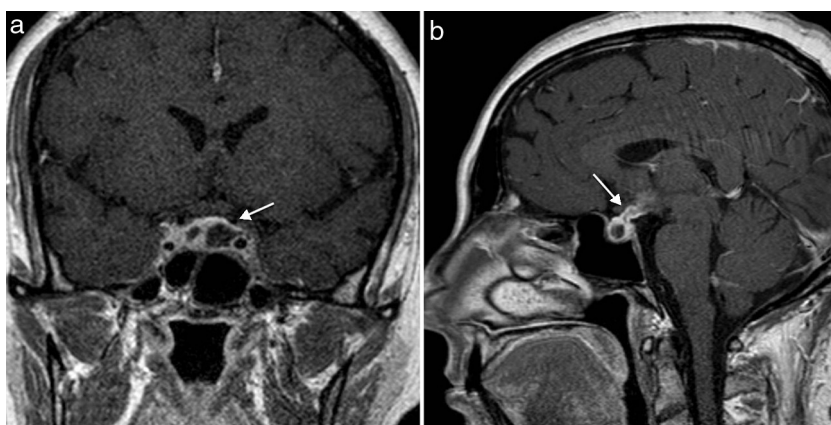


Figura 2 Imágenes de RM en el plano coronal (a) y sagital (b) ponderadas en T1 tras la administración de gadolinio por vía intravenosa. En (a) se observan 2 lesiones quísticas en la glándula hipofisaria que presentan realce periférico en anillo (flecha). En (b), el tallo también se observa engrosado y con realce periférico (flecha).

contraste intravenoso. También puede observarse engrosamiento del tallo hipofisario que simula una enfermedad infiltrativa². Estos hallazgos no son específicos y plantean el diagnóstico diferencial con el adenoma quístico, el craneofaringioma o el quiste de la bolsa de Rathke. La imagen de difusión en RM también puede ayudar a diferenciar el absceso, por presentar alta señal en difusión con bajo valor *Apparent Diffusion Coefficient* (ADC), frente a los tumores necróticos, que muestran baja señal en difusión con alto valor ADC^{1,3}.

El diagnóstico definitivo suele ser histológico tras el drenaje quirúrgico. El organismo aislado más frecuentemente es el *Staphylococcus coagulasa negativo*². Según las distintas series, el ratio de tinción de gram y cultivos positivos varía entre el 0 y el 64%, lo cual podría explicarse en primer lugar por la baja actividad que presentan las bacterias en los abscesos hipofisarios⁵, y en segundo lugar por la antibioterapia preoperatoria^{1,5}.

El tratamiento de elección es el drenaje quirúrgico transesfenoidal y antibioterapia durante 3-6 semanas^{1,2,4-7}. No obstante, el tratamiento conservador con antibióticos puede ser útil en casos de absceso hipofisario en fase precoz¹. Tras el tratamiento, los déficits visuales suelen mejorar aunque los déficits endocrinos pueden ser persistentes y necesitar tratamiento sustitutivo permanente. Aunque la tasa de recidivas es baja, es conveniente realizar controles con RM con el fin de detectarlas.

Como conclusión, el diagnóstico preoperatorio de los abscesos hipofisarios es difícil debido a su clínica insidiosa y los hallazgos radiológicos poco específicos. Hay que sospechar el absceso hipofisario ante un paciente con una masa selar quística con realce en anillo¹, sobre todo si asocia clínica infecciosa y/o diabetes insípida.

Dada la baja frecuencia de esta enfermedad, sería conveniente realizar un estudio multicéntrico que permitiera abarcar un mayor número de casos con el fin de conocer mejor esta entidad.

Bibliografía

1. Liu F, Li G, Yao Y, Yang Y, Ma W, Li Y, et al. Diagnosis and management of pituitary abscess: Experiences from 33 cases. *Clin Endocrinol*. 2011;74:79–88.
2. Dalan R, Leow MK. Pituitary abscess: Our experience with a case and a review of the literature. *Pituitary*. 2008;11:299–306.
3. Shuster A, Gunnarsson T, Sommer D, Miller E. Pituitary abscess: An unexpected diagnosis. *Pediatr Radiol*. 2010;40:219–22.
4. Vates GE, Berger MS, Wilson CB. Diagnosis and management of pituitary abscess: A review of twenty-four cases. *J Neurosurg*. 2001;95:233–41.
5. Zhang X, Sun J, Shen M, Shou X, Qiu H, Qiao N, et al. Diagnosis and minimally invasive surgery for the pituitary abscess: A review of twenty nine cases. *Clin Neurol Neurosurg*. 2012;114:957–61.
6. Kuge A, Sato S, Takemura S, Sakurada K, Kondo R, Kayama T. Abscess formation associated with pituitary adenoma: A case report: Changes in the MRI appearance of pituitary adenoma before and after abscess formation. *Surg Neurol Int*. 2011;2:3.
7. Talluri SK, Talluri J, Besur S. Pituitary abscess. *Am J Med Sci*. 2011;341:484.
8. Nattero L, Luque-Ramírez M, Azcárate A, Marazuela M. Hiponatreemia recurrente como característica presente en los abscesos de pituitaria: caso clínico. *J Endonu*. 2010;12:3–125.

Raquel Ramiro Gandia^{a,*}, Sandra Emilia González Ibáñez^a, Pedro Antonio Riesgo Suárez^b, Carmen Fajardo Montañana^c y Enrique Mollà Olmos^a

^a Servicio de Radiología, Hospital de la Ribera, Alzira, Valencia, España

^b Servicio de Neurocirugía, Hospital de la Ribera, Alzira, Valencia, España

^c Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Ribera, Alzira, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rramiro@hospital-ribera.com (R. Ramiro Gandia).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.11.004>

Síndrome «morning glory» asociado a encefalocele transesfenoidal y panhipopituitarismo



Morning glory syndrome associated with transsphenoidal encephalocele and panhypopituitarism

El síndrome «morning glory» (SMG), aunque descrito inicialmente en 1929, debe su nombre a Kindler (1970)¹. En él existe una displasia congénita del nervio óptico. Su incidencia es muy baja y está causado por un fallo en el cierre de la fisura embrionaria coroidea. Este síndrome, que tiene una herencia autosómica dominante, suele ser unilateral, aunque hay casos bilaterales, predomina en mujeres y se caracteriza por una excavación campaniforme, con tejido fibrogliol central y unos vasos retiniales radiales que recuer-

dan a la flor dondiego de día o morning glory. El SMG frecuentemente se presenta con alteraciones oftalmológicas aisladas (disminución de la agudeza visual asociada a desprendimiento de retina en el 30 a 40% de los casos), pero se han descrito asociaciones sistémicas que incluyen alteraciones congénitas del prosencéfalo y de la línea media, con anomalías endocrinas progresivas, respiratorias o renales^{1,2}.

Los encefaloceles basales (EB) congénitos se deben a un defecto óseo craneal y de la duramadre, con herniación extracraneal de estructuras intracraneales. Son anomalías raras, de difícil diagnóstico, con una incidencia estimada de 1:35.000 recién nacidos. Se clasifican en 4 tipos, de los cuales la variedad transesfenoidal es la menos frecuente (supone el 5% de los EB)³. Este tipo de encefalocele se debe a la persistencia del canal craneofaríngeo o transesfenoidal, con la herniación del tejido cerebral a través de él. Puede producirse por un defecto en el suelo de la silla turca, del esfenoides o del etmoides posterior; la variante menos frecuente es la transellar transesfenoidal. Con frecuencia se asocia a defectos de la línea media, con alteraciones hor-