

Artículo Original

Hipopituitarismo como debut de absceso hipofisiario

Francisco Cordero A.^{1,2}, Claudio Campos C.³, Andre Fassler³ y Alejandra Lanas M.^{1,2}

Hypopituitarism as debut of pituitary abscesses

¹Servicio de Endocrinología
Clínica Dávila.

²Sección de Endocrinología Hospital
Clínico Universidad de Chile.

³Servicio de Neurocirugía
Clínica Dávila.

Ningún conflicto de interés de los
autores.

Correspondencia a:

Dr. Francisco Cordero A.
E mail: cordero.anfossi@gmail.com

Recibido: 05-05-2016

Aceptado: 23-05-2016

We present a case of a 20 years old woman who consults for amenorrhea and mild hyperprolactinemia. Within the functional study hypopituitarism was discovered and MRI showed a cystic lesion with "ring" enhancement. Transsphenoidal resection was performed, showing purulent material. Cultures were positive for MSSA and Neisseria cinerea. Antibiotic treatment was started completing 21 days. She evolved without relapse but did not recover pituitary function.

Key words: Pituitary gland, Pituitary diseases, Abscess.

Introducción

El absceso pituitario es una entidad poco frecuente, cuyo diagnóstico tanto clínico como radiológico, es difícil ya que los síntomas infecciosos ocurren sólo en 1/3 de los casos, siendo los síntomas más habituales la cefalea y el hipopituitarismo asociado con frecuencia a diabetes insípida¹. Habitualmente afecta a una glándula normal y puede producirse por diseminación hematogena o por extensión directa desde un foco infeccioso adyacente. El diagnóstico definitivo se suele establecer en el momento de la intervención quirúrgica y el cultivo bacteriológico^{1,2}.

Se presenta un caso cuyo debut fue con amenorrea de un año de evolución secundario a hipogonadismo presentando además hipotiroidismo central.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 20 años, con antecedente de epilepsia en la infancia actualmente sin tratamiento. Menarquía a los 15 años con ciclos regulares. Un año previo a la consulta presenta amenorrea y posteriormente se agrega cefalea. Se realiza TC cerebro que evidencia lesión quística en silla turca con contacto del quiasma óptico. Se complementa estudio con campo visual que es normal. Consulta en ginecología, iniciándose cabergolina

por hiperprolactinemia leve. Es derivada a endocrinología completándose estudio hormonal (Tabla 1). Se diagnostica hipogonadismo e hipotiroidismo secundario y se inicia levotiroxina como terapia de sustitución por hipopituitarismo.

Se completa estudio por imágenes con RM silla turca informada como lesión quística sellar. Posteriormente se revisan las imágenes y destaca una lesión quística con realce periférico "en anillo" (Figura 1).

Se decide realizar RTE considerando que lesión contactaba el quiasma óptico. Durante el procedimiento al realizar apertura dural se evidencia salida de material purulento abundante, se toman cultivos, se evacua absceso en forma amplia y se realiza aseo.

El cultivo bacteriológico resultó positivo para SAMS y Neisseria Cinerea, iniciándose tratamiento con clindamicina y cefazolina. La paciente completa 14 días de tratamiento endovenoso y posteriormente se cambia a amoxicilina/clavulánico oral por una semana. Desde el punto de vista infeccioso se mantiene afebril y sin elevación de parámetros inflamatorios.

La paciente evoluciona en buenas condiciones pero sin recuperación de función endocrina después de 6 meses, por lo que se mantiene tratamiento con levotiroxina y se inicia anticonceptivo combinado como terapia de sustitución, sin agregarse nuevas deficiencias. El control con RM sellar al año de la cirugía no evidencia recidiva.

Tabla 1. Exámenes hormonales

Exámenes	
FSH	5,06 (2-15 mUI/L)
Estradiol	20,2 (20-145 pg/ml)
Prolactina	38 (hasta 25 ng/dl)
TSH	1,84 (0,3-5 uUI/ml)
T4L	0,4 (0,7-1,9 ng/dl)
Cortisol	14 (5-25 ug/dl)
IGF-1	159 (127-424 ug/L)

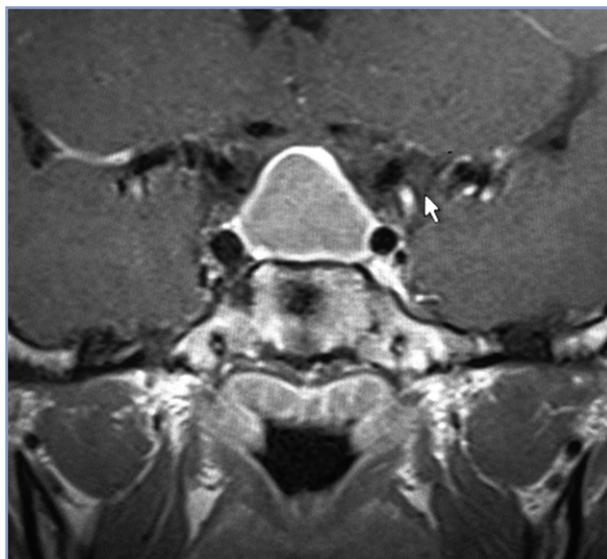


Figura 1. RM sellar con realce periférico "en anillo", característico del absceso hipofisario.

Discusión

El absceso pituitario es una patología poco frecuente constituyendo menos del 1% de las lesiones pituitarias y potencialmente mortal¹. Simmonds describió el primer caso de absceso pituitario en 1914². Desde la primera descripción unos pocos han sido publicados, de los cuales Vates tiene una serie en un período de 30 años de 24 casos y posteriormente Liu una serie de 33 casos en un período de 17 años, siendo estas las series más grandes reportadas^{3,4}.

Puede producirse por diseminación hematogena o por extensión directa desde un foco infeccioso adyacente como sinusitis esfenoidal, meningitis o trombosis del seno cavernoso.

Habitualmente afecta a una glándula normal aunque también existen casos en los que se produce sobre una lesión preexistente como un adenoma, craneofaringioma o un quiste de la bolsa de Rathke².

El diagnóstico tanto clínico como radiológico es difícil. En la serie de Liu, los síntomas más frecuentes fueron la diabetes insípida presente en casi el 70% de los pacientes. La cefalea es otro de los síntomas más frecuentes también casi en el 70% pero sin un patrón característico y de intensidad moderada. Las alteraciones de campo visual se presenta en alrededor del 27% y déficits hormonales adenohipofisarios se presentaron en alrededor del 85% de los casos⁴. De estos datos se podría decir que 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 abscesos.

Las manifestaciones infecciosas se presentan en 1/3 de los casos y el meningismo en un 25%¹. En la serie de Liu se presentaron en el 18% de los casos⁴. La latencia desde la aparición de síntomas hasta realizar el diagnóstico es de 8 meses en promedio.

Imagenológicamente habitualmente aparece como una lesión sellar quística, con realce periférico en anillo tras la administración del contraste intravenoso en RM, como se observó en nuestro caso al revisar las imágenes^{2,5}.

El diagnóstico definitivo suele ser histológico tras el drenaje quirúrgico.

Los organismos aislados más frecuentemente según algunas series son: Cocos Gram positivos (50%), bacilos Gram negativos, incluso hongos, amebas y levaduras^{4,5}. Es por esto que se recomienda iniciar terapia de amplio espectro para cubrir Gram positivos, Gram negativos y anaerobios. En nuestro caso encontramos dos gérmenes siendo el SAMS un patógeno conocido y la *Neisseria cinerea* considerada un comensal del orofarinx no patógeno excepto en inmunodeprimidos⁶, en nuestro caso el patógeno podría ser el SMAS y la *Neisseria* indicar un posible foco sinusal inicial, no diagnosticado.

El tratamiento de elección es el drenaje quirúrgico y antibioterapia durante 3-6 semanas.

Tras el tratamiento, los déficit visuales suelen mejorar en un 80% de los casos, aunque los déficits endocrinos pueden ser persistentes y necesitar tratamiento sustitutivo permanente¹.

Conclusión

El diagnóstico preoperatorio de los abscesos hipofisarios es difícil debido a su clínica insidiosa y hallazgos radiológicos poco específicos. Se debe sospechar ante un paciente con una masa sellar quística con realce en anillo, sobre todo si se asocia a clínica infecciosa y/o diabetes insípida e hipopituitarismo.

Artículo Original

En general el tratamiento es quirúrgico con toma de cultivos y sólo en raros casos se opta por tratamiento médico con antibióticos. Se debe realizar evaluación hormonal preoperatoria y seguimiento posterior.

Referencias bibliográficas

1. Ramiro Gandía R, González Ibáñez S, Riesgo Suárez PA, Fajardo Montaña C, Mollà Olmos E. 2014. Absceso hipofisario: Presentación de 2 casos y revisión de la literatura. *Endocrinol Nutr* 61 (4): 220-222.
2. Dalan R, Leow MK. 2008. Pituitary abscess: our experience with a case and a review of the literature. *Pituitary* 11: 299-306.
3. Vates GE, Berger MS, Wilson CB. 2001. Diagnosis and management of pituitary abscess: a review of twenty-four cases. *J Neurosurg* 95 (2): 233-241.
4. Liu F, Li G, Yao Y, Yang Y, Ma W, et al. 2011. Diagnosis and management of pituitary abscess: experiences from 33 cases. *Clinical Endocrinology (Oxf)* 74 (1): 79-88.
5. Altas M, Serefhan A, Silav G, Cerci A, Coskun KK, et al. 2013. Diagnosis and Management of Pituitary Abscess Turkish *Neurosurgery* 23 (5): 611-616.
6. Zhu X, Li M, Cao H, Yang X. 2015. Fatal bacteremia by *neisseria cinerea* in a woman with myelodysplastic syndrome: a case report. *Int J Clin Exp Med* 8 (4): 6369-6371.