



43 - APOPLEJÍA HIPOFISARIA DESENCADENADA TRAS LA PRIMERA DOSIS DE UN ANÁLOGO DE GNRH

C. González¹, E. Casademunt¹, F. Vázquez¹, C. Carrato², C. Hostalo³ y M. Puig-Domingo¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. ³Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: La apoplejía hipofisaria es un síndrome clínico agudo, potencialmente fatal, provocado por la hemorragia y/o infarto de la glándula hipofisaria. Se han descrito al menos 30 casos en los días posteriores al inicio de agonistas de GNRH en diferentes indicaciones.

Caso clínico: Varón de 88 años diagnosticado en 2023 de adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (4+3) con un PSA de 7,5 ng/ml CT2N0M0. Se inicia tratamiento con antiandrógenos orales, bicalutamida 50 mg, y análogos de GNRH. A las 24 horas de la primera dosis Decapeptyl® Semestral 22,5 mg presenta náuseas y cefalea y a las 72 horas acude a urgencias por ptosis palpebral unilateral izquierda, cefalea y visión borrosa. A la exploración: Paresia de 3^{er} par craneal con ptosis completa y midriasis arreactiva OI. TC cerebral: Marco óseo selar remodelado y aumento de medida ocupado por una glándula hipofisaria marcadamente aumentada de tamaño y extensión craneal hacia cisterna supraselar y lateralmente al seno cavernoso izquierdo. RM cerebral/hipofisaria: lesión sugestiva de corresponder a un macroadenoma hipofisario con extensión supraselar y al seno cavernoso izquierdo con signos que sugerirían la presencia de necrosis tumoral. Basales hipofisarias: todas en valores normales solo destacando IGF1 200 ng/mL (15-177), SDS IGF-1 2,37 (-1,96-1,96), FSH 166,8 UI/L (0,95-11,95) y testosterona: 905 ng/dL (220-715). Se realiza intervención quirúrgica con resección del adenoma hipofisario vía endoscópica endonasal. Anatomía patológica: Tumor neuroendocrino hipofisario extensamente necrótico. Inmunofenotipo: positividad para cromogranina, CAM5,2, SF1, FSH y LH. Inmunotinción focal para PIT1. Índice de proliferación celular (Ki67): inferior al 3%. Adenoma plurihormonal (o alternatively un adenoma gonadotropo con expresión aberrante, en zonas de necrosis y de manera focal, de PIT1).

Discusión: Dado el uso cada vez más frecuente de agonistas de GNRH debemos tener presente el riesgo de apoplejía hipofisaria en aquellas personas con adenoma hipofisario, conocido o no, que presenten clínica sugestiva.