



21 - PREDICTORES DE CONVERSIÓN A CIRUGÍA EN LA APOPLEJÍA HIPOFISARIA: PERSPECTIVAS DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

B. Biagetti¹, E. Cordero², C. Pérez-López³, V. Rodríguez Berrocal⁴, A. Vicente⁵, M. Gallach⁶, F. Guerrero-Pérez⁷, A. Simó-Servat⁸, M. Puig-Domingo⁹ y M. Araujo-Castro¹⁰

¹Servicio de Endocrinología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, CIBERER U747 (ISCIII), ENDO-ERN, Universitat Autònoma de Barcelona. ²Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Cirurgia i Ciències Morfològiques, Barcelona. ³Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario La Paz, Universidad Europea de Madrid, Faculty of Medicine, Health and Sports, Madrid. ⁴Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

⁵Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario de Toledo. ⁶Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario de Albacete. ⁷Servicio de Endocrinología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁸Servicio de Endocrinología, Mutua de Terrassa University Hospital, Terrassa. ⁹Servicio de Endocrinología, Germans Trias Hospital y Research Institute, Badalona, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras U747, Autonomous University of Barcelona. ¹⁰Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: La apoplejía hipofisaria (AH) es una afección poco frecuente, pero potencialmente mortal. Si bien el tratamiento conservador es una opción en casos seleccionados, los predictores de conversión a cirugía tras el tratamiento conservador inicial siguen siendo inciertos.

Objetivos: Identificar los predictores de la transición a cirugía en AH y evaluar el momento y el impacto de la conversión a cirugía.

Métodos: Este estudio observacional multicéntrico incluyó a 134 pacientes con AH tratados todos ellos inicialmente de forma conservadora. Los pacientes se clasificaron en: tratamiento conservador exitoso (sin cirugía o cirugía programada después de 30 días) y conversión a cirugía (cirugía en un plazo de 8 a 30 días). Se realizaron análisis logísticos y de regresión de Cox para identificar los predictores de conversión a cirugía y el tiempo hasta la transición, respectivamente.

Resultados: De los 134 pacientes incluidos (mediana de edad: 61,4 (16,0) años y 93 (69,4%) hombres), 69 (51,5%) finalmente requirieron conversión a cirugía y la mayoría de las transiciones se realizaron en las dos primeras semanas. En el análisis de regresión logística, el tamaño tumoral (OR: 1,09; IC95%: 1,02-1,16) y un IMC más alto (OR: 1,11; IC95%: 1,01-1,22) se asociaron de forma independiente con la conversión a cirugía. Sin embargo, la regresión de Cox no identificó variables que predijeran el tiempo hasta la transición. Además, los pacientes reconvertidos a cirugía tuvieron una estancia hospitalaria significativamente más larga (21,0 frente a 7,5 días; p < 0,01).

Conclusiones: La mitad de los pacientes inicialmente tratados de forma conservadora fueron reconvertidos a cirugía. El tamaño tumoral y el IMC se asociaron con una mayor probabilidad de transición, pero ningún factor predijo cuándo se produciría la conversión, lo que sugiere que la decisión de convertir a cirugía podría estar influenciada por múltiples factores clínicos, en lugar de un único determinante.