

424/1889 - APOPLEJÍA HIPOFISARIA Y OTROS DOLORES DE CABEZA

C. Navarro Arco¹, A. Cabrerizo Carvajal¹ y M. Moreno Martín-Vivaldi²

¹Médico de Familia. Centro de Salud Armilla. Granada. ²Médico de Familia. Centro de San Cecilio. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón 61 años de edad con antecedentes personales de HTA que presenta cefalea a nivel frontal bilateral irradiada holocranialmente de forma progresiva haciéndose intensa y refractaria a la medicación oral. Varios días después presenta visión doble, sobre todo al mirar hacia arriba y la izquierda, asociando náuseas y vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado. PINLA. Ptosis leve palpebral derecha. Paresia en la mirada vertical hacia arriba y abajo con el ojo derecho. En la mirada lateral a la izquierda nistagmus horizontal del ojo izquierdo. Resto de movimientos oculares extrínsecos conservados. Asimetría facial derecha. Lenguaje normal. Fuerza, sensibilidad y reflejos normales. No signos meníngeos. Fondo de ojo y campimetría por confrontación normales. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normales. Marcadores tumorales y autoinmunidad negativos. Proteinograma normal. TSH 0,08 mU/L, cortisol 0,8 ugrosina/100 ml, GH 0,28 ng/ml, PRL 3,6, FSH 1,7 mU/L, testosterona 10 ng/ml. Serologías lúes, brucela, borrelia, VHC, VHS, VEB, CMV negativas. Punción lumbar: normal. RM cráneo: lesión selar con extensión supraselar y a seno cavernoso derecho de aproximadamente 14 × 20 mm, heterogenea con realce periférico. Estos hallazgos sugieren apoplejía pituitaria con signos de hemorragia aguda-subaguda en el contexto de tumoración/hipertrofia subyacente.

Orientación diagnóstica: Apoplejía hipofisaria.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia subaracnoidea. Meningitis. Infarto mesencefálico. Trombosis del seno cavernoso.

Comentario final: La apoplejía hipofisaria es un fenómeno isquémico o hemorrágico que aparece generalmente en un adenoma hipofisario. La forma aguda se considera una urgencia neuroendocrinológica, ocurre de forma brusca y se caracteriza por un cuadro de cefalea brusca, junto con náuseas, vómitos, alteraciones del campo visual y afección de pares craneales. El diagnóstico se basa en un cuadro clínico típico en el contexto de un tumor hipofisario. Puede provocar cualquier deficiencia hormonal hipofisaria transitoria o permanente. El déficit brusco de corticotropina y de cortisol es el más importante, por el riesgo vital que conlleva. En el momento de la sospecha diagnóstica se debe llevar a cabo una evaluación endocrinológica con determinación de las hormonas basales hipofisarias y las correspondientes periféricas. Para la confirmación de la sospecha diagnóstica clínica se debe realizar una prueba de neuroimagen. No existe un consenso sobre el tratamiento óptimo. Clásicamente, la cirugía descompresiva se consideraba el tratamiento de elección, sin embargo, en los últimos años se ha utilizado el tratamiento médico conservador con esteroides.

Bibliografía

1. Arnold AC. Neuro-ophthalmologic evaluation of pituitary disorders. The pituitary, 2nd ed., 2009; pp. 687-708.
2. Semple PL, Webb MK, De Villiers JC, Laws ER. Pituitary apoplexy. Neurosurgery. 2005;56:65-72.

Palabras clave: Tumor hipofisario. Apoplejía hipofisaria. Ictus apopléctico.