



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 482/1250 - SÍNDROME DE SILLA TURCA VACÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Nistor Nistor<sup>1</sup>, V. Terán Díez<sup>2</sup>, C. Guerra García<sup>3</sup>, S. Carbonells Orts<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Sorolla. Castellón de la Plana. Castellón.<sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cabezón de la Sal. Cantabria.<sup>3</sup>Especialista en Medicina de Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.<sup>4</sup>Centro de Salud Pintor Sorolla. Castellón de la Plana.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 50 años acude a la consulta con antecedentes de fibromialgia, obesidad, hernia lumbar L5-S1, hipertensión arterial, depresión, colon irritable e hipotiroidismo, en tratamiento con levotiroxina 25 µg, antidepresivo ISRS, y seguimiento por el servicio de Digestivo y la Unidad de fibromialgia. Recientemente se le realizó un *bypass* gástrico por IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>, que evolucionó con una pérdida de peso de 30 kg. Refería padecer desde hacía más un año episodios de síncope con pérdida de conciencia valorados por el servicio Cardiología con estudio normal, y dolores en miembros inferiores que los justificaba por su patología de base (fibromialgia, hernia discal y obesidad), y que últimamente los cuadros sincopales eran más frecuentes, y se asociaban con cefalea.

**Exploración y pruebas complementarias:** Obesidad mórbida. Destacaba la inestabilidad de la marcha con ligera hipomovilidad miembro inferior derecho, siendo el resto del examen normal. Se solicitó RMN cerebral, para descartar una posible enfermedad neurológica como posible causante del cuadro clínico.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de silla turca vacía (STV).

**Diagnóstico diferencial:** Hipopituitarismo. Esclerosis múltiple.

**Comentario final:** Hay dos tipos de STV: primaria y secundaria. El STV secundaria ocurre cuando la hipófisis ha resultado dañada por un tumor, radioterapia, cirugía o trauma previo. El STV primario hace referencia a la ausencia de estos antecedentes. Generalmente es originada por un proceso patológico tumoral o no tumoral, aunque en la mayoría de los casos se trata de un adenoma hipofisario que después sufre una involución espontánea (apoplejía) o como consecuencia de su tratamiento. La consecuencia es que la cisterna aracnoidea de la base de cráneo se hernia en el espacio que ha quedado vacío dentro de la silla turca, aprovechando la dilatación del orificio diafragmático o la ausencia del diafragma de la silla. Manifestaciones clínicas: cefalea, alteración visual, obesidad, alteración hormonal (hipotiroidismo, hipogonadismo), hipertensión arterial, síncope, papiledema, (cuando existe hipertensión intracraneal). Pruebas complementarias: TAC con contraste (de elección) y/o RMN cerebral. Tratamiento: control endocrinológico. Intervención quirúrgica en casos con edema con signos de hipertensión cerebral, cefalea grave u otra clínica grave.

### Bibliografía

1. Abboud CF, Laws ER. Clinical endocrinological approach to hypothalamic-pituitary disease. J Neurosurg. 1979;51:271-91.
2. Aihara H, Tamaki N, Ueyama T, Ishihara Y, Kondoh T. Transsphenoidal surgery for a case of empty sella syndrome. No Shinkei Geka. 1996;24:1119-23.

**Palabras clave:** Silla turca vacía. Hipopituitarismo. Obesidad.