

CARTAS AL EDITOR

Remisión de enfermedad de Cushing tras apoplejía hipofisaria

Remission of Cushing's disease after pituitary apoplexy

Sr. Editor:

La apoplejía hipofisaria se define como el síndrome clínico que se da tras la hemorragia o infarto espontáneo de la glándula pituitaria, en general en el contexto de un adenoma preexistente^{1,2}. Su etiopatogenia no se conoce con exactitud, aunque existen múltiples factores de riesgo descritos y parece que es más frecuente en macroadenomas no funcionantes². Clínicamente se manifiesta como cefalea brusca, acompañada de náuseas y vómitos, alteraciones visuales, hipopituitarismo y disminución del nivel de conciencia llegando incluso a un estado de coma. El tratamiento es inicialmente de soporte, siendo necesaria en algunos casos la descompresión quirúrgica, sobre todo si existe compromiso visual³. Tras el episodio, todos los pacientes requieren un seguimiento a largo plazo ya que la presencia de una disfunción hipofisaria residual y/o reaparición o persistencia de un tumor preexistente no es rara⁴⁻⁶. Los casos descritos en enfermedad de Cushing son escasos^{4,5}. A continuación presentamos un caso de curación espontánea de enfermedad de Cushing tras un episodio de apoplejía hipofisaria.

Mujer de 50 años, con antecedentes de HTA y trastorno bipolar, que es remitida por sospecha de síndrome de Cushing. A la exploración física destacaba obesidad de predominio central, con estrías rosadas en abdomen, cara de luna llena y rubicundez facial. Presentaba giba y ocupación grasa de fosas supraclaviculares, así como hirsutismo y múltiples hematomas, junto con amiotrofia de extremidades inferiores. Refería amenorrea secundaria desde hacía 8 meses, con oligomenorrea en los últimos 5 años. El estudio hormonal mostró cortisoluria elevada: 787,8 µg/24 h (55–325), cortisol basal de 45,99 µg/dl (4,30–24,40) y ACTH de 170 pg/ml (9–52). Presentaba también hipogonadismo hipogonadotrofo, siendo el resto de la función hipofisaria normal. Se realizó supresión débil con 2 mg de dexametasona obteniéndose un cortisol de 30,85 µg/dl, y supresión fuerte con 8 mg de dexametasona con cortisol de 6,12 µg/dl. Dos semanas después del diagnóstico la paciente consultó por hipotensión arterial y empeoramiento del estado general, refiriendo astenia, náuseas y vómitos y un episodio de cefalea holocraneal opresiva 10 días antes. La RM hipofisaria mostró una tumoración intraselar de 1,3 × 1,4 × 1,5 cm, sin invasión del seno cavernoso y con crecimiento

supradiafragmático, con anillo a su alrededor engrosado en T1 compatible con una hemorragia subaguda (fig. 1). Con la sospecha de insuficiencia suprarrenal aguda secundaria a una apoplejía hipofisaria, se inició tratamiento con hidrocortisona endovenosa y sueroterapia, con mejoría de las cifras tensionales y del estado general. Se realizó una campimetría que resultó ser normal. Las concentraciones de ACTH fueron de 33,2 pg/ml, con cortisoluria de 259,8 µg/24 h. En las analíticas realizadas posteriormente la paciente ha presentado remisión del hipercortisolismo (cortisoluria 121 µg/24 h, cortisol basal 18,1 µg/dl, ACTH 24,8 pg/ml, cortisol tras frenación con 2 mg de dexametasona: 1,12 µg/dl).

La RM realizada 3 meses después (fig. 2) mostró la desaparición de la tumoración detectada en la exploración previa. Persistía cierta desviación del tallo hipofisario a la izquierda, siendo el resto normal. En el seguimiento, las concentraciones de cortisoluria se mantienen en niveles normales y el resto de la función hipofisaria está conservada.

Sin embargo, la disfunción parcial o total de la hipófisis anterior tras el episodio es frecuente, produciéndose una destrucción selectiva del tumor con conservación de la función hipofisaria solo en casos aislados⁶.



Figura 1 Tumoración intrahipofisaria de 1,3 × 1,4 × 1,5 cm, discretamente lateralizada a la derecha, que no invade seno cavernoso y contacta con el quiasma óptico. Presenta un halo hiperintenso sugestivo de hemorragia.

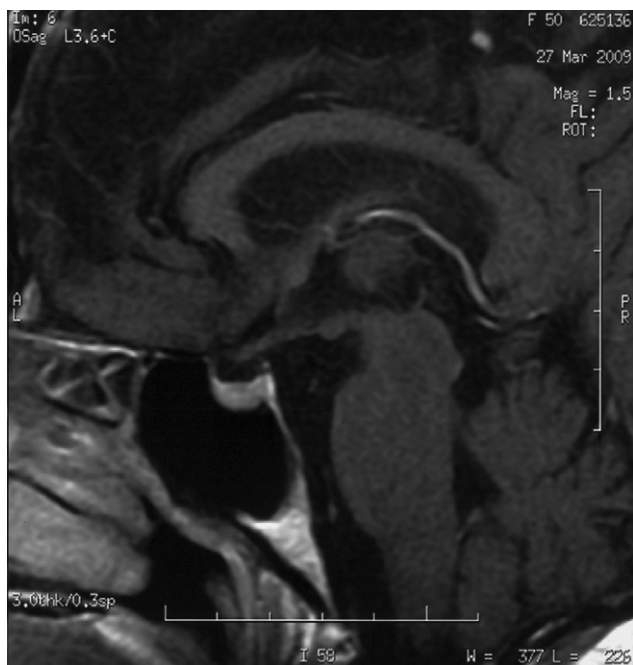


Figura 2 Desaparición de la tumoración con persistencia de la desviación del tallo hipofisario hacia la izquierda.

El seguimiento a largo plazo es importante ya que la recidiva de la enfermedad de Cushing tras un episodio de apoplejía hipofisaria puede ocurrir incluso varios años después del episodio⁴.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

doi:10.1016/j.endonu.2010.02.013

Insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular con trombo en orejuela izquierda en mujer joven con hipertiroidismo

Heart failure and atrial fibrillation with thrombus in the left auricle in a young woman with hyperthyroidism

Sr. Editor:

El hipertiroidismo grave se puede presentar con una función sistólica hiperdinámica, alteraciones del ritmo e hipertrofia miocárdica, ocasionando insuficiencia cardíaca con gasto cardíaco elevado. La fibrilación auricular es la complicación más frecuente del hipertiroidismo y aparece en más del 15% de pacientes, aumentando su incidencia con la edad¹.

Presentamos el caso de una mujer de 22 años que consultó por edematización de miembros inferiores junto con disnea a moderados esfuerzos. Asociaba pérdida de unos 30 kg en 5 meses, temblor y nerviosismo. La auscultación cardíaca

Bibliografía

1. Latika SG, Ball S, Connolly V, James R, Kane P, Kelly W, et al. Pituitary apoplexy: A review of clinical presentation, management and outcome in 45 cases. *Pituitary*. 2004;7:157-63.
2. Nawar RN, AbdelMannan D, Selman WR, Arafah BM. Pituitary tumor apoplexy: a review. *J Intensive Care Med*. 2008;23:75-90.
3. Ayuk J, McGregor EJ, Mitchell RD, Gittoes NJL. Acute management of pituitary apoplexy- surgery or conservative management? *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2004;61:747-52.
4. Kamiya Y, Jin-No Y, Tomita K, Suzuki T, Ban K, Sugiyama N, et al. Recurrence of Cushing's disease after long-term remission due to pituitary apoplexy. *End J*. 2000;47:793-7.
5. Alarifi A, Alzahrani AS, Abdel Salam S, Ahmed M, Kanaan I. Repeated remissions of Cushing's disease due to recurrent infarctions of an ACTH-producing pituitary macroadenoma. *Pituitary*. 2005;8:81-7.
6. Marazuela M, Lucas T, Estrada J, Barceló B. Curación espontánea de una acromegalia después de una apoplejía hipofisaria: presentación de dos casos. *Med Clin (Barc)*. 1993;100:556-7.

Julia Quevedo Juanals*, Elena Mena Ribas,
Sergio Díaz Medina y Vicente Pereg Macazaga

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Son Dureta, Palma de Mallorca, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jusi3007@hotmail.com
(J. Quevedo Juanals).

mostraba tonos taquicárdicos arrítmicos sin soplos. No se palpaba bocio ni presentaba exoftalmos. El ECG mostró fibrilación auricular con respuesta ventricular a 145 lpm, y radiografía de tórax, con cardiomegalia y derrame pleural izquierdo. La paciente fue ingresada y se confirmó hipertiroidismo con tirotrópina indetectable, tiroxina libre 5,38 ng/dl (n=0,70-1,48) y tiroglobulina 970 [n=0-85]. Los anticuerpos antiperoxidasa y antireceptor de tirotrópina fueron positivos. Con el diagnóstico de enfermedad de Graves Basedow se inició tratamiento con carbimazol y propanolol hasta una dosis de 40 mg/6 h. Ante la persistencia de la fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida se anticoaguló con acenocumarol y pasó a atenolol 100 mg/12 h y digoxina orales, aumentando la dosis de atenolol 50 mg al mediodía. La ecocardiografía transtorácica mostró ventrículo izquierdo normal con función sistólica conservada en límites, insuficiencia mitral ligera y dilatación de cavidades derechas con disfunción ventricular derecha y presión sistólica en arteria pulmonar de 40 mmHg. La ecocardiografía transesofágica objetivó un trombo en la orejuela izquierda con dilatación de aurícula izquierda, un aneurisma del tabique interauricular y *foramen oval* permeable con pequeño *shunt* izquierda-derecha (fig. 1A). Se consiguió