



## V-062 - APOPLEJÍA HIPOFISARIA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO

M. Núñez Roa<sup>1</sup>, M.L. Valle Feijoo<sup>2</sup>, L. González Vázquez<sup>2</sup>, I. Abalde Ortega<sup>2</sup>, M. Rodríguez Villar<sup>2</sup>, J.M. Pérez Velázquez<sup>1</sup>, A. Canoa Rico<sup>2</sup> y J. de la Fuente Aguado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, presentación clínica, factores precipitantes, tratamiento efectuado y secuelas en pacientes diagnosticados de apoplejía hipofisaria (AH) en Hospital Povisa.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo de pacientes diagnosticados y tratados de AH en el Hospital Povisa entre enero de 1990 y marzo de 2020. Fue aprobado por la Comisión de Investigación del Centro.

**Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes con AH, 8 varones, con edad media de 58 años. Formas de presentación clínica: cefalea (8), náuseas (5), vómitos (4), fotofobia (3), paresia de pares óculo-motores (5), disminución de agudeza visual (2) y del nivel de consciencia (2). La AH fue la primera manifestación del adenoma hipofisario en 9 pacientes, todos macroadenomas hipofisarios no productores. Factores precipitantes: hipertensión (4) y anticoagulación (2). Todos los diagnosticados desde el año 2000 (9) recibieron corticoterapia intravenosa. Cuatro fueron sometidos a hipofisectomía transesfenoidal, 1 de forma precoz y 3 de forma tardía. Tras la intervención, los 4 presentaron mejoría de sus déficits visuales. A nivel hormonal, la mayor parte de las alteraciones continuaron meses después de la intervención (2 con mejoría parcial y 8 con persistencia de las alteraciones hormonales).

**Discusión:** El perfil del paciente en nuestra serie es un varón en la 5ª década de la vida, que debuta con cefalea y disminución de la agudeza visual, siendo diagnosticado de un macroadenoma hipofisario no productor no conocido anteriormente. En un 50% no detectamos factor precipitante. El manejo clínico debe ser multidisciplinar y, cada vez con mayor frecuencia, se apuesta por una actitud conservadora con monitorización del balance hidroelectrolítico, corrección de deficiencias hormonales, y administración de glucocorticoides a dosis suprafisiológicas, como en 6 de nuestros pacientes.

**Conclusiones:** La AH constituye una urgencia neuroendocrinológica y su diagnóstico requiere un elevado índice de sospecha, dado que sus síntomas son inespecíficos. El tratamiento debe ser individualizado, siendo la primera opción el manejo conservador. La indicación quirúrgica se reduce a aquellos casos en los que exista daño neurooftalmológico o deterioro clínico progresivo a pesar del tratamiento conservador.

## **Bibliografía**

1. Capatina C, Inder W, Karavitaki N, Wass JA. Management of endocrine disease: Pituitary tumor apoplexy. *Eur J Endocrinol.* 2015;172(5):r179-90.