



# Aspergiloma hipofisario

## Pituitary aspergilloma.

Mariana Gómez-Maleno,<sup>1</sup> José Roberto Ríos-Nava,<sup>2</sup> Moisés Láscari-Jiménez,<sup>3</sup> Julieta Peralta-Serna,<sup>4</sup> Juan Alejandro Regalado-Chico<sup>5</sup>

### Resumen

**ANTECEDENTES:** El aspergiloma hipofisario es una afección extremadamente rara, que suele confundirse con neoplasias de la glándula hipófisis, lo que retrasa su diagnóstico.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 57 años de edad, inmunocompetente, con antecedente de resección de macroadenoma hipofisario transcraneal hacia 30 años y diagnóstico presuntivo de recidiva de macroadenoma de hipófisis no funcionante; se realizó abordaje transesfenoidal, con diagnóstico histopatológico de aspergiloma hipofisario, luego se inició tratamiento con voriconazol con evolución adecuada, asintomática, sin evidencia de recidiva.

**CONCLUSIONES:** El aspergiloma hipofisario suele establecerse a través de estudio histopatológico, por lo que debe considerarse parte del diagnóstico diferencial en una tumoración sellar.

**PALABRAS CLAVE:** Aspergiloma hipofisario; adenoma.

### Abstract

**BACKGROUND:** Pituitary aspergillosis is an extremely rare entity, which is often confused for pituitary neoplasms, which can delay its diagnosis.

**CLINICAL CASE:** A 57-year-old man with history of the resection of a pituitary macroadenoma by transcranial approach 30 years ago, now with presumptive diagnosis of recurrence of pituitary macroadenoma, a transesphenoidal approach was made, with later histopathologic diagnostic of pituitary aspergilloma, treatment with voriconazole orally was installed.

**CONCLUSIONS:** Pituitary aspergillosis used to be established by histopathological study, thus, it should be considered part of the differential diagnosis in a sellar tumor.

**KEYWORDS:** Pituitary aspergillosis; Adenoma.

<sup>1</sup> Residente de segundo año de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

<sup>2</sup> Jefe de Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

<sup>3</sup> Residente de segundo año de Anatomía Patológica.

<sup>4</sup> Especialista en Anatomía Patológica.

<sup>5</sup> Especialista en Radiología e Imagen, Subespecialista en Neuro-Radiología.

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Licenciado Adolfo López Mateos, Ciudad de México, México. Universidad Autónoma de México.

**Recibido:** 23 de mayo 2019

**Aceptado:** 14 de abril 2020

### Correspondencia

Mariana Gómez Maleno  
m.gomezmaleno@hotmail.com  
manis\_91@hotmail.com

### Este artículo debe citarse como

Gómez-Maleno M, Ríos-Nava JR, Láscari-Jiménez M, Peralta-Serna J, Regalado-Chico JA. Aspergiloma hipofisario. An Orl Mex. 2020 abril-junio;65(2):92-96.



## ANTECEDENTES

El aspergiloma hipofisario es una afección muy rara, que suele confundirse con neoplasias de la glándula hipófisis, lo que generalmente retrasa su diagnóstico. En la bibliografía están reportados muy pocos casos de esta enfermedad.

La fisiopatología de esta entidad se ha descrito como colonización por *Aspergillus* por vía directa (vía más común), ya sea iatrogénica con la introducción del microorganismo en alguna cirugía previa o invasión directa por sinusitis fúngica, así como la vía hematógena. El diagnóstico definitivo se establece por biopsia y cultivo de la lesión. La confirmación de origen fúngico generalmente se ve retrasada, por la falta de sospecha en el pre y en el posquirúrgico.<sup>1</sup> El tratamiento se inicia de manera tardía al realizar estudio histopatológico de la lesión, en cuyo caso deberá iniciarse de manera intravenosa con anfotericina B, así como tratamiento antifúngico vía oral a largo plazo, el de elección es voriconazol.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 57 años de edad, con antecedente de panhipopituitarismo secundario a resección de lesión selar hacía 30 años de microadenoma hipofisario por abordaje transcraneal, actualmente en tratamiento sustitutivo, con depresión mayor en tratamiento. Inició su padecimiento actual tres meses antes de intervención quirúrgica con astenia, adinamia y somnolencia; los familiares refirieron ingestión por parte del paciente de prednisona a dosis de 100 mg cada 24 horas durante dos semanas de manera accidental.

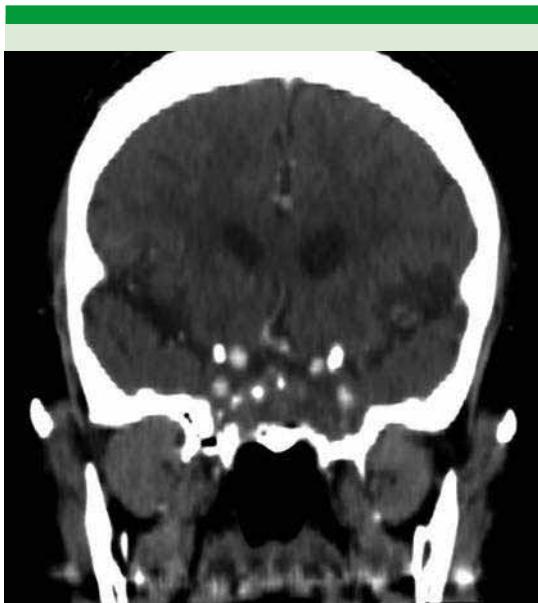
El paciente inició con crisis convulsivas tónico-clónicas de tres minutos de duración, con recuperación *ad integrum* a los 15 minutos, por lo que acudió a urgencias, se solicitó tomografía de cráneo, que mostró tumoración selar, con

diagnóstico presuntivo de macroadenoma de hipófisis no funcionante recidivante.

Se protocolizó para realizar procedimiento quirúrgico, se realizó endoscopia nasal sin aparentes lesiones, descarga por meatus, mucina o algún otro hallazgo. Los estudios de imagen complementarios (resonancia magnética y tomografía computada) mostraron un proceso ocupativo en el seno esfenoidal, que condicionaba expansión sobre estructuras adyacentes y erosión sobre estructuras óseas del piso medio, no se identificó anatomía de la silla turca y se perdió la región cefálica del clivus.

En la tomografía computada se observó lesión isodensa con calcificaciones intrínsecas, tras la administración de contraste reforzamiento sutil de al menos 10 HU (**Figuras 1 y 2**). En la resonancia magnética con proceso ocupativo bien delimitado, heterogéneo, hipointenso en T2 con áreas hiperintensas, en T1 isoíntenso con áreas hiperintensas, reforzamiento sutil tras el contraste, desplazaba el seno cavernoso (**Figura 3**); no se delimitó el tallo hipofisario; obliteraba las cisternas supraselares y contactaba el quiasma óptico. Como hallazgo adicional se observó hiperintensidad de clivus que podía asociar proceso inflamatorio/infiltrativo (**Figuras 4 y 5**). Por lo anterior, se decidió abordaje transesfenoidal para resección de tumoración selar, que se realizó sin complicaciones, observándose una tumoración que ocupaba la totalidad del seno esfenoidal. El reporte del estudio histopatológico transoperatorio fue no concluyente; posteriormente, el paciente cursó el posquirúrgico sin complicaciones y fue egresado de hospitalización.

El estudio histopatológico reportó tejido necrótico, con estructuras fúngicas compatibles con *Aspergillus*, con lo que se estableció el diagnóstico de aspergiloma hipofisario, por lo que se inició tratamiento con voriconazol vía oral,



**Figura 1.** Tomografía computada contrastada prequirúrgica en corte coronal, se observa lesión isodensa con calcificaciones intrínsecas con erosión sobre estructuras óseas de piso medio, con pérdida de anatomía de silla turca, tras la administración de contraste reforzamiento sutil de al menos 10HU.



**Figura 2.** Tomografía computada contrastada prequirúrgica en corte axial.

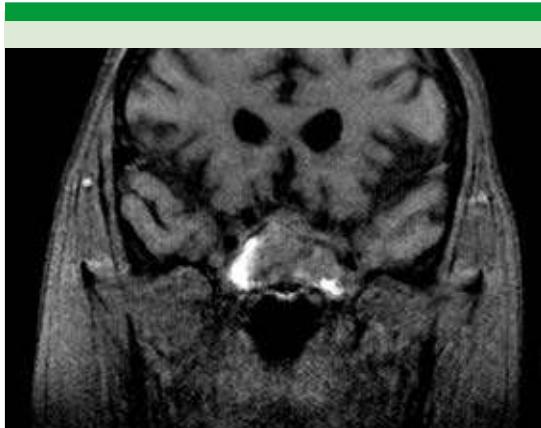
actualmente en seguimiento, asintomático y sin evidencia de lesiones en estudios de imagen.

## DISCUSIÓN

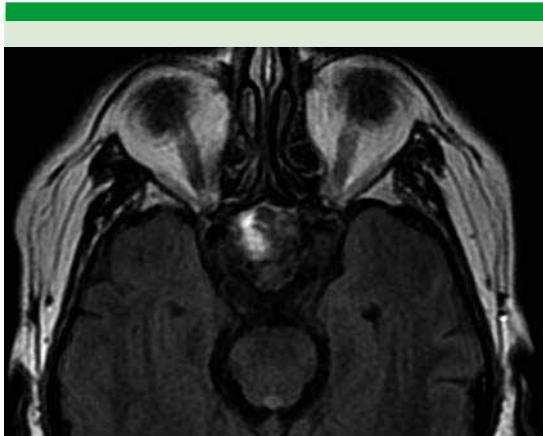
*Aspergillus* es un hongo ubicuo, que puede encontrarse en las vías respiratorias posterior a la inhalación, puede convertirse en patógeno al estar en condiciones anaerobias y con mayor facilidad afectar a sujetos inmunodeprimidos. Existen dos formas principales de colonización por este hongo a la región selar: vía directa (más común), por sinusitis fungica (comunicación de seno esfenoidal a la silla turca por brechas en canales vasculares);<sup>2</sup> iatrogénica, durante procedimiento quirúrgico, o vía hematógena de otro sitio del organismo.

Los síntomas reportados en artículos publicados con aspergilosis hipofisaria refieren como síntoma más común la cefalea intensa que se correlaciona con el tamaño de la lesión y la presión intraselar, así como manifestaciones clínicas relacionadas con el trastorno hormonal expresado en cada paciente, según alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario. El paciente del caso comunicado cursó con cefalea leve a moderada que cedía con analgésicos.

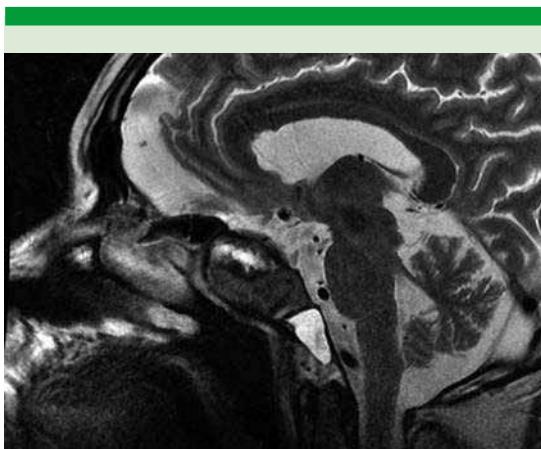
Los casos publicados revisados con diagnóstico de aspergiloma hipofisario inicialmente tenían como principal diagnóstico presuntivo macroadenoma hipofisario, como este caso. El diagnóstico suele retrasarse por falta de sospecha prequirúrgica, porque se manifiesta clínica y radiológicamente como macroadenoma hipofisario, así como en el transoperatorio, y se



**Figura 3.** Resonancia magnética prequirúrgica en corte coronal; se observa proceso ocupativo bien delimitado, heterogéneo, hipointenso en T2 con áreas hiperintensas, en T1 isointenso con áreas hiperintensas, reforzamiento sutil tras el contraste, desplaza senos cavernosos.



**Figura 5.** Resonancia magnética prequirúrgica en corte axial.



**Figura 4.** Resonancia magnética prequirúrgica en corte parasagital.

ve concluido hasta contar con el diagnóstico histopatológico.

La bibliografía sugiere para el abordaje transcraneal la resección transesfenoidal como vía preferida,

por el mayor riesgo que existe de extensión subaracnoidea del hongo.<sup>3</sup> El objetivo de la cirugía transesfenoidal es erradicar la lesión infecciosa, y no solo drenar el material que se encuentre, y así reducir el riesgo de complicaciones posteriores.<sup>4</sup>

Las complicaciones del procedimiento quirúrgico factibles son lesión al quiasma óptico, los nervios craneales o lesión a la duramadre, con posibilidad de extensión de la infección intracranal, por eso se debe ser cuidadoso durante el procedimiento para evitar complicaciones.

El tratamiento antifúngico está en discusión porque la evacuación completa de la lesión sería suficiente tratamiento; sin embargo, se sugiere el tratamiento antifúngico a todos los pacientes una vez establecido el diagnóstico, sobre todo en pacientes con resección incompleta de la lesión. La duración del tratamiento antifúngico es al menos de 6 semanas, con media de 11 semanas, con controles radiológicos para el establecimiento de la invasión, progresión o regresión de la infección; se recomienda la administración de azoles, entre éstos el voriconazol, recomendado

por la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América en infecciones por *Aspergillus* en el sistema nervioso central.<sup>3</sup>

El pronóstico de aspergilosis en sistema nervioso central suele ser muy precario, con mortalidad mayor de 90%;<sup>5</sup> sin embargo, durante la revisión bibliográfica, se ha encontrado que el pronóstico es mucho mejor en aspergiloma hipofisario.

## CONCLUSIÓN

El aspergiloma hipofisario suele establecerse a través de estudio histopatológico, por lo que debe considerarse parte del diagnóstico diferencial en una tumoración sular; ello permite orientar el tratamiento complementario con antifúngicos además de la cirugía y evitar posibles complicaciones devastadoras futuras.

## REFERENCIAS

1. Kinberg E, Pacheco C, Stepan K, et al. Pituitary aspergillosis presenting as macroadenoma: case report and review of literature. *J Otolaryngol ENT Res* 2018;10(2):110-112. DOI: 10.15406/joentr.2018.10.00324.
2. Ahmadzai H, Raley DA, Masters L, Davies M. An unusual case of a pituitary fossa aspergilloma in an immunocompetent patient mimicking infiltrative tumor. *J Surg Case Rep* 2013 Apr; 2013(4): rjt018. Published online 2013 Apr 18. doi: 10.1093/jscr/rjt018.
3. Divyashree S, Karthik R, Prabhu K, Chacko G. Pituitary aspergillosis – A report and review of the literature. *Neurol India*;2018 Apr 2; 66:1176-8. doi: 10.4103/0028-3886.236975.
4. Pinzer T, Reiss M, Bourquain H, Krishnan KG, Schackert G. Primary aspergillosis of the sphenoid sinus with pituitary invasion – a rare differential diagnosis of sellar lesions. *Acta Neurochir* 2006;148:1085-90. doi: 10.1007/s00701-006-0811-8.
5. Hao L, Jing C, Bowen C, Min H, Chao Y. Aspergillus sellar abscess: case report and review of literature. *Neurol India* 2008;56(2):186-188. doi: 10.4103/0028-3886.41999.