

ENDOCRINOLOGÍA

APOPLEJIA HIPOFISIARIA SIMULANDO MENINGITIS BACTERIANA (Reporte de un Caso)

Donato A. Salas Segura*
Natalia Campos Obando**
Juan Villalobos Vindas***

SUMMARY

Pituitary apoplexy is a rare yet potentially fatal disease. It is often misdiagnosed because the majority of patients have undetected pituitary adenomas, and the presentation is often mistaken for subarachnoid hemorrhage, meningitis or other entity. Infarction of the pituitary may be clinically benign or present catastrophically with severe headache, meningism, vomiting, reduction in visual fields, diplopia, impairment of consciousness, or death.

INTRODUCCIÓN

La Apoplejía hipofisiaria es una entidad poco frecuente y de ma-

nifestaciones muy variables caracterizada por la aparición brusca de cefalea, vómitos, alteración de la conciencia, trastornos visuales, oftalmoplejia, y meningismo, y es producida por la expansión brusca de la hipófisis, debido a un infarto o una hemorragia de dicha glándula. Algunos factores que parecen ser precipitantes de este síndrome incluyen la anticoagulación, la administración de bromocriptina, los traumatismos craneales, la irradiación hipofisiaria o la hipovolemia postparto (7,3). Descrita por primera vez en 1898 por Bailey y posteriormente en 1905 por Bleibtreu en sendos casos de

adenomas hipofisiarios (9), no fue sino hasta 1950 cuando Brougham utilizó, por primera vez, el conspicuo término de apoplejía pituitaria al describir una serie de 5 casos de pacientes fallecidos que en la autopsia mostraron necrosis y hemorragia hipofisiaria (11). El infarto hemorrágico afecta cerca del 25% de todos los adenomas hipofisiarios, pero de estos casos, sólo de un 0.9% a 6% se presentan con los hallazgos clásicos asociados de cefalea, oftalmoparesia, vómitos y alteración de conciencia. El término apoplejía se debe reservar para aquellos casos con la clínica asociada (11,5). El manejo

*Residente de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo.

**Especialista en Endocrinología, Hospital México.

***Especialista en Infectología, Hospital México.

CORRESPONDENCIA. Natalia Campos Obando. Teléfono 3713852. Fax 224 7674

Correo electrónico natycampos23@gmail.com

DESCRIPTORES. Apoplejía hipofisiaria, diabetes insípida, meningitis.

de esta entidad depende de las manifestaciones clínicas, los cuadros de compromiso de nervio óptico o asociados a hipertensión endocraneana ameritan con frecuencia abordaje quirúrgico mientras que en otras ocasiones el cuadro puede ser de manejo conservador. Prácticamente en todos los casos se requerirá de terapia hormonal sustitutiva. El siguiente reporte presenta el caso de una paciente con esta entidad que inicialmente se presentó con manifestaciones de irritación meníngea que hicieron pensar en un cuadro de meningitis bacteriana aguda.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 40 años de edad, dedicada a oficios domésticos, portadora de una obesidad grado 3, fumadora activa desde la adolescencia, que ingiere regularmente licor los fines de semana, no conocida portadora de ninguna otra patología aguda crónica. El día 5 de abril de 2005 ingresó al servicio de emergencias con cuadro de dos días de evolución de desorientación sin historia previa o asociada de fiebre, cefalea, diplopía, infección respiratoria, ingesta de drogas u otra sintomatología. Al examen físico no se anotaron hallazgos clínicos de déficit motor ni sensitivo. Se le realizó una tomografía axial computadorizada de cráneo que

es reportada como normal y una batería de exámenes de bioquímica y hematología que se encontraron dentro de límites normales. Se le llevó a cabo una punción lumbar la cual obtuvo: una presión inicial de 32 cm. de agua, con un líquido claro como agua de roca, con 1900 leucocitos (93% segmentados y 7% linfocitos), 70 eritrocitos, sin crenocitos, glucorraquia de 33 mg/dl (glicemia concomitante de 124 mg /dl), y proteínas en 208 mg/dl, no se observaron microorganismos y el cultivo fue negativo. Con estos hallazgos del líquido céfalo-raquídeo se decide iniciar tratamiento antibiótico para una meningitis bacteriana con penicilina sódica y dexametasona. El día 6 de abril se ingresa a salones de medicina pero se describió que la paciente se encontraba con una natremia elevada (174 mEq/l) y se iniciaron medidas terapéuticas. El día 9 de abril sufre un súbito deterioro del estado de sensorio y presentó arritmias cardíacas. Estos eventos se consideraron secundarios a un aumento de la presión intracraneana. Se decidió intubar para proteger vía aérea, se colocó en ventilación mecánica, y se ingresa a la unidad de cuidado intensivo (UCI) para continuar manejo. Durante su estancia en UCI se documentó la persistencia de la hipernatremia y el asocio de la misma con una poliuria importante (hasta 210 ml/h). Se consideró que la paciente presenta una diabetes

insípida y se inicia desmopresina como tratamiento con lo cual se logra normalizar la natremia y controlar la poliuria. Estudios de función tiroidea realizados concomitantemente mostraron un hipotiroidismo secundario pero no se le midieron niveles de cortisol por haber recibido esteroides para su supuesta condición infecciosa. Con estos hallazgos se sospechó de una probable insuficiencia hipofisiaria pero no fue posible refinar el diagnóstico por la condición de la paciente.

Su evolución en UCI se complicó por varios episodios de atelectasia pulmonar y una neumonía nosocomial por *Pseudomonas aureginosa* y un episodio de rhabdomiólisis de causa desconocida. Sin embargo, una segunda punción lumbar, realizada el 16 de abril mostró un líquido cefalorraquídeo normal con un cultivo negativo por gérmenes. El 29 de abril se le realizó una resonancia magnética nuclear, aunque con cortes inapropiados para hipófisis, que sugirió la presencia de apoplejía hipofisiaria. El 4 de mayo la paciente egresó de la UCI con muy buen estado general y finalmente el día 6 del mismo mes se egresó del hospital con desmopresina, levotiroxina e hidrocortisona como tratamiento basal. La paciente se vuelve a controlar en consulta externa en octubre de 2005 donde se documentó que

presenta amenorrea. Se le realizan estudios hormonales (tabla 1) que confirmaron panhipopituitarismo compatible con apoplejía hipofisiaria.

DISCUSIÓN

La apoplejía hipofisiaria es con frecuencia un diagnóstico difícil por lo variado de sus manifestaciones clínicas y la necesidad de realizar diagnóstico diferencial oportuno con enfermedades de por sí severas y de tratamiento muy disímil entre ellas. Se estima que alrededor de tres cuartas partes de todos los casos de apoplejía hipofisiaria se diagnostican erróneamente en un inicio. Por historia clínica la paciente no era conocida portadora de adenoma hipofisiario. No había datos sugestivos de hipopituitarismo al examen físico inicial, ni mucho menos de hiperfunción. De hecho, en la mayoría de las series publicadas,

sólo hay historia de adenoma previo diagnosticado en un 20% de los casos. Además, están reportados casos de apoplejía hipofisiaria en glándulas pituitarias normales, probablemente por vasculopatía intrínseca (5,10,8). Es inusual la presentación inicial con desorientación, como el caso aquí descrito. Eso se encuentra sólo en un 13% de todos los pacientes. De la misma manera, la ausencia de cefalea y de alteraciones visuales es muy infrecuente, dado que se presentan estos síntomas en cerca del 80% de los casos. Lo anterior, si bien no descartaba el diagnóstico, sí lo retardó. Se puede explicar la ausencia de oftalmoplejía en el caso de que el tumor y la hemorragia asociada no se extendieran al seno cavernoso; y la ausencia de hemiparesia se explica por la falta de compresión de la a. carótida interna (3). La confusión de estos casos con meningitis bacteriana

como en este caso es frecuente y de hecho, se debe hacer diagnóstico diferencial con esta entidad en cerca del 30% de los casos, debido a los hallazgos del LCR. Este hecho se debe a que la sangre y los detritos celulares de la hipófisis infartada pueden drenar al espacio subaracnoideo, y producir por ende irritación meníngea, con pleocitosis, hipoglucorraquia e hiperproteínorraquia; además de la disminución del nivel de conciencia. (4,6,8). Por estas mismas razones, también la hemorragia subaracnoidea es una entidad con la que hay que hacer diagnóstico diferencial (1). Dos claves que ayudan mucho para el diagnóstico de apoplejía hipofisiaria son la esterilidad del LCR y la ausencia de mejoría clínica con la instauración de antibioticoterapia, ambos hallazgos presentes en el caso descrito (7,10).

TABLA 1

Hormona	Resultado	Valor normal
Cortisol –AM	< 1 mcg/ml	5-25 mcg/ml
Estradiol	25.4 pg/ml	124-1468 pg/ml
Hormona folículo-estimulante	0,21mUI/ml	2,8-153 mUI/ml
Hormona luteinizante	<0.10 mUI/ml	17-77 mUI/ml
Hormona crecimiento	0,27 ng/ml	0,06-5 ng/ml
Prolactina	1,22ng/ml	1.9-25 ng/ml
T4 libre	1,87ng//dl	0.8-1,9ng/dl ng/ml
TSH	0,03 ulU/ml	0.4-4 ulU/ml

Para el diagnóstico diferencial con hemorragia subaracnoidea es de suma utilidad el prolongado intervalo de tiempo que ocurre entre el inicio de la cefalea y la disminución del nivel de conciencia en la apoplejía, mientras que en los casos de HSA estos eventos se suceden con suma prontitud. Esta paciente presentó la complicación infrecuente de diabetes insípida (DI), presente en los reportes en menos del 10% de los casos. El déficit de ADH fue transitorio, con recuperación total luego del cuadro, que era lo esperado dado que menos de un 10% de estos pacientes afectados inicialmente con diabetes insípida quedan con un déficit hormonal permanente (11). No se encuentra en este caso ningún factor predisponente, como sucede en cerca del 70 al 95% de los pacientes (11,6,8). La edad de presentación sí se ajusta a la esperado, porque se reporta en la literatura un pico de presentación entre la cuarta y la quinta décadas; si bien se ha reportado en todas las edades, desde la primera hasta la novena décadas. Esta paciente quedó con hipopituitarismo permanente y necesidad de terapia sustitutiva con hormona tiroidea, glucocorticoides y estrógenos. El hipopituitarismo permanente es frecuente, complicando el 80% o más de los casos. Es más frecuente sin embargo luego de la terapia quirúrgica con descompresión hipofisiaria que luego del manejo

conservador, sin embargo, también se reporta en esta instancia. Como conclusión, se describe un caso de apoplejía hipofisiaria de presentación inusual, diagnosticado como meningitis bacteriana en un inicio, y en el que se realizó manejo conservador.

RESUMEN

La apoplejía hipofisiaria es una enfermedad rara pero potencialmente mortal. El cuadro clínico es frecuentemente mal diagnosticado porque los pacientes tienen adenomas no detectados de hipofisis y el cuadro es confundido con hemorragia sub-aracnoidea, meningitis u otras patologías. El infarto de la glándula puede tener desde una presentación clínica benigna hasta cuadros catastróficos con cefalea intensa, meningismo, vómito, reducción de los campos visuales, diplopia, alteración del estado de la conciencia o muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ayuk J, McGregor E J, Mitchell R D, Gittoes N. J. **Acute management of pituitary apoplexy -surgery or conservative management?**. Clinical Endocrinology (2004) 61, 747-752.
- 2- Bills DC, Meyer FB, Laws E. R., Davis D. H., Ebersold M. J., Scheithauer B. W., Ilstrup D. M., Abboud C. F. **A retrospective analysis of pituitary apoplexy**. Neurosurgery 1993; 33:602-609.
- 3- Biousse V, Newman NJ, Oyesiku NM. **Precipitating factors in pituitary apoplexy**. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001; 71:542-545.

- 4- Brouns R, Crols R., Engelborghs S., De Deyn P. **Pituitary apoplexy presenting as chemical meningitis**. Lancet 2004; 364:502.
- 5- Jassal D, McGinn G, Embill J. **Pituitary apoplexy masquerading as meningoencephalitis**. Headache 2004; 44: 75-78..
- 6- Jeffcoat WJ, Birch C.R. **Apoplexy in small tumours**. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1986; 49: 1077-1078.
- 7- Levy A. **Pituitary disease: presentation, diagnosis, and management**. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; 75(Suppl III):iii47-iii52.
- 8- Ma R., Tsang MW, Ozaki R, Tong C, Cockram C. S. **Fever, headache and a stiff neck**. Lancet 2004; 363(9424): 1868.
- 9- Randeva HP, Schoebel J, Byrnet J, Esiri M, Adams CB, Wass JA. **Classical pituitary apoplexy: Clinical features, management and outcome**. Clin Endocrinol 51:181-188, 1999.
- 10- Reuters DC, Edis R.H. **Pituitary apoplexy presenting as aseptic meningitis without visual loss or optalmoplegia**. Aust NZJ Med 1990; 20: 590-591
- 11- Semple P, Webb M, de Villiers JC, Laws E. **Pituitary apoplexy**. Neurosurgery 56:65-73, 2005.