

CASO CLÍNICO

Apoplejía hipofisiaria durante el embarazo.

[Pituitary apoplexy during pregnancy]

A. Martinz¹, O. Reyes^{1,2}.

1) Maternidad del Hospital Santo Tomás; 2) Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de Panamá (SNI).

Resumen:

La apoplejía hipofisiaria es una complicación poco frecuente, con escasos casos descritos en la literatura mundial. Su asociación con el embarazo genera dificultades diagnósticas, con secuelas a corto y largo plazo que ponen en peligro la vida de la paciente de no darse el seguimiento apropiado. Presentamos un caso de apoplejía hipofisiaria de presentación durante el embarazo y revisión de la literatura.

Abstract:

Pituitary apoplexy is a rare complication, with few cases described in the world literature. Its association with pregnancy creates diagnostic difficulties, with short- and long-term sequelae that are life threatening if not properly followed up. We present a case of pituitary apoplexy in pregnancy and a review of the literature.

Caso clínico

Se trata de paciente de 33 años G5P4, sin antecedentes personales patológicos conocidos, quien ingresa vía cuarto de urgencias con gestación de 37 5/7 semanas en labor de parto. A su ingreso con cifras tensionales elevadas por lo que se añade diagnóstico de pre eclampsia severa. Hemograma completo normal, pruebas de función renal y hepática normales.

Tiene parto vaginal eutócico, sin complicaciones aparentes descritas. Pérdidas sanguíneas estimadas aproximadamente 600 ml.

Durante las primeras 12 horas post parto la paciente cursa con visión borrosa y al examen físico como único hallazgo relevante, anisocoria con dilatación pupilar derecha (fig. 1). Sin otra alteración neurológica.

Se realiza tomografía cerebral simple, en la cual se reporta aumento de tamaño de la hipófisis, por lo que se complementa estudio con resonancia magnética.

La resonancia magnética cerebral simple confirma el hallazgo encontrado en CAT. Además, evidencia señal hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, comprimiendo quiasma óptico, con dimensiones de 1.6 x 1.4 cm. Adicionalmente se observa hiperseñal en flair (recuperación de inversión atenuada de fluido) del quiasma óptico. Dichos hallazgos son correlacionables con apoplejía de hipófisis.

Autor corresponsal: Martinz, A.

Correo electrónico: amartinzmd@gmail.com

Palabras claves: Apoplejía hipofisiaria, hipófisis, embarazo.

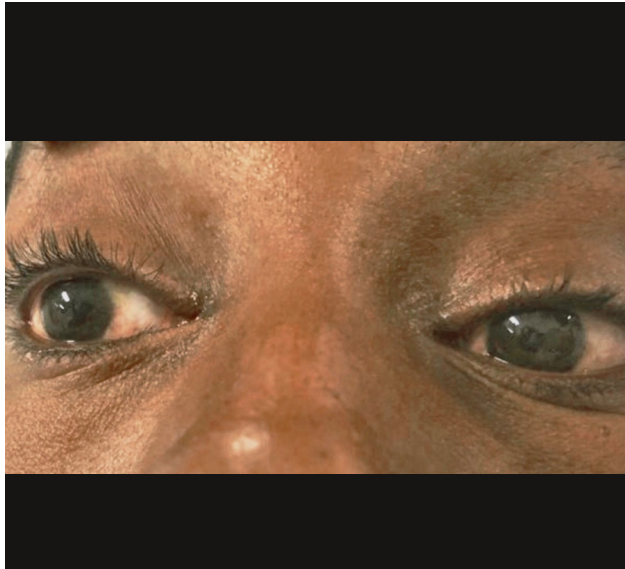
Key words: Pituitary apoplexy, hypophysis, pregnancy.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados a esta investigación y contenido del artículo.

Fecha de Recibido: 12 de abril, 2020

Fecha de Publicado: 29 de mayo, 2020

Figura 1 Anisocoria con dilatación pupilar derecha



Se reporta también un Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible [PRES] (alteración de sustancia blanca bilateral y simétrica temporal anterior y occipital) (fig. 2).

La paciente evoluciona satisfactoriamente sin requerimiento de terapia anti hipertensiva. Con remisión espontánea de la anisocoria y la visión borrosa a las 24 horas. En lactancia materna. Evaluada por endocrinología, quienes seguirán su evolución a largo plazo.

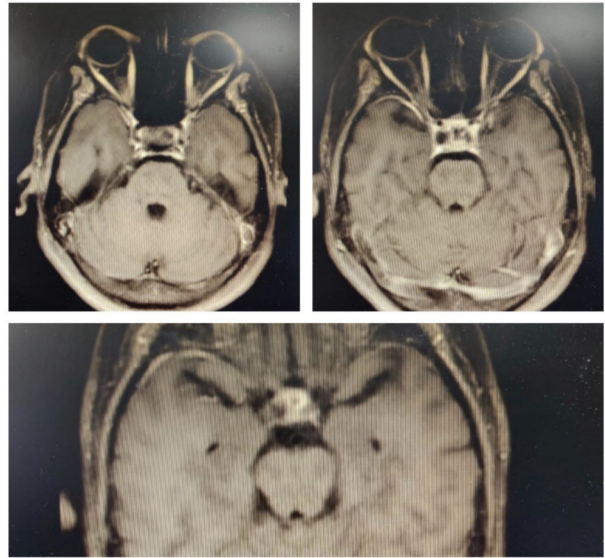
Los laboratorios realizados durante la hospitalización, posteriores al evento agudo: hemoglobina en 11.8 g/dl, plaquetas en 286 mil, cortisol 14 ug/dl, T4 libre 0.53 ng/dl, TSH 0.50 uIU/ml, FSH menor de 0.66 mIU/ml, LH menor de 0.215 mIU/ml, Prolactina 294.50 ng/ml, Estradiol 128.24 pg/ml.

Una semana después del parto se realiza resonancia magnética cerebral contrastada con iguales hallazgos y disminución de la compresión del quiasma óptico.

Discusión

La apoplejía hipofisiaria gestacional es una complicación rara, con pocos casos descritos a nivel mundial¹. A diferencia del síndrome de Sheehan, donde se presenta un infarto hipofisiario secundario a hipotensión prolongada por sangrados relacionados post parto, la apoplejía se debe a una hemorragia intrahipofisiaria. Por esta razón se

Figura 2 Resonancia magnética cerebral



consideran cuadros separados, aunque algunos autores consideran el Síndrome de Sheehan un tipo de apoplejía hipofisiaria². El hiperestrogenismo de origen placentario propio del embarazo aumenta el flujo sanguíneo hacia la hipófisis³. Esto, aunado a la presencia de receptores estrogénicos en la superficie de las células lactotropas, genera hiperplasia e hipertrofia, con un incremento en el porcentaje de células de aproximadamente un 40% en comparación al estado pregestacional⁴. Desde una perspectiva clínica, hay un aumento del volumen hipofisiario de un 30% y un incremento del 136% en todas sus dimensiones⁵. Este efecto fisiológico, más en la presencia de un adenoma hipofisiario, puede comprometer el flujo sanguíneo y llevar al desarrollo de una hemorragia o un infarto en la glándula. Con el nacimiento del bebé y la reducción de la producción de estrógeno a sus niveles normales, esta adaptación se resuelve de manera espontánea a los 6 meses post parto⁶.

El rápido incremento en la presión intraselar debido a la apoplejía puede generar necrosis del tejido hipofisiario y desencadenar un hipopituitarismo posterior. Sin embargo, de manera aguda, el síntoma más frecuente es la cefalea (94%) de localización retroorbital, aunque puede ser frontal, suboccipital o difusa. Otros síntomas descritos incluyen disminución de la agudeza visual (47%), náuseas/vómitos (41%), afección de los campos visuales (41%), oftalmoplejía (24%), fotofobia (18%) o alteración del sen-

sorio (12%)⁷. Considerando que esta clínica fácilmente se puede confundir con otras condiciones neurológicas, algunos expertos recomiendan incluir el diagnóstico de apoplejía hipofisiaria en todos los pacientes que se presenten con cefalea intensa y aguda, independiente de si presentan otros signos neuro-oftalmológicos⁸.

El diagnóstico puede ser hormonal o radiológico. Desde una perspectiva endocrinológica, siendo una patología tan poco frecuente y considerando las alteraciones hormonales propias de la gestación, la interpretación de los valores séricos puede ser complicada. En pacientes no embarazadas, el 80% de los casos presentan alteraciones de algunas de las hormonas de la hipófisis anterior⁹. De ellas, la más importante, desde un punto de vista clínico, es la deficiencia de ACTH (70%), ya que puede generar una crisis Addisoniana, una insuficiencia suprarrenal aguda potencialmente mortal¹⁰. Debido a lo anterior, la recomendación es, ante la sospecha de una apoplejía hipofisiaria, solicitar de urgencia niveles séricos de cortisol, ACTH, prolactina, FSH, LH, Factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1, T4 libre y TSH.

El diagnóstico imagenológico durante el embarazo se debe enfocar en la Resonancia Magnética (RM). Además de no involucrar el uso de radiaciones ionizantes, como es el caso con la Tomografía Computadorizada (CT), tiene una mejor sensibilidad. Dependiendo del momento en que se realice la prueba, el CT tiene una baja sensibilidad (46%) en detectar hemorragias de pequeños tumores hipofisarios. Esto se debe a la degradación hemática en los días posteriores al evento agudo¹¹. La RM tiene una sensibilidad en el diagnóstico de apoplejía hipofisiaria del 88 al 90%¹², correlacionando tanto con los hallazgos patológicos como con los quirúrgicos¹³.

No hay una clara línea de manejo de la apoplejía hipofisiaria en el embarazo. En las pacientes no embarazadas, se acepta que el manejo quirúrgico descompresivo es la mejor opción en la presencia de signos neuro-oftalmológicos severos (alteración del estado de conciencia, reducción marcada de la agudeza visual o de los campos visuales)¹⁴. La recomendación actual incluye la evalua-

ción y manejo agudo de cualquier alteración hidroelectrolítica, además del uso de glucocorticoides (100-200 mg de hidrocortisona en bolo, seguido de una infusión continua de 2-4 mg/hora o de 50-100 mg IM cada 6 horas) para tratar una potencial insuficiencia adrenal, así como el edema asociado a las estructuras supraselares¹⁵. El uso de corticoides se puede mantener como terapia de reemplazo en caso de ser necesario. Ante la presencia de prolactinomas, el uso de agonistas dopaminérgicos, como la bromocriptina o la cabergolina, ha demostrado ser de utilidad y su uso no está contraindicado en el embarazo¹⁶. Posterior a este manejo inicial, se puede decidir según evolución, la necesidad de una intervención quirúrgica.

La cirugía realizada con más frecuencia es la resección transesfenoidal endonasal selectiva. Los mejores resultados se observan si el procedimiento se realiza en los primeros siete días después del evento agudo¹⁷, aunque no hay diferencia evidente entre realizarla en las primeras 72 horas o después, lo que permite planear mejor, obtener las mejores imágenes posibles y corregir cualquier deficiencia hormonal previo al procedimiento. Su ejecución mejora los síntomas visuales (77%) y de oftalmoplejía (88%), aunque su efecto sobre el hipopituitarismo diagnosticado preoperatoriamente es mucho menor (21%) y solo de manera parcial¹⁸.

Conclusión

La apoplejía hipofisiaria es una condición rara, pero debe tenerse en mente en la embarazada que se presenta con cefalea severa o trastornos visuales de aparición súbita, independiente de la presencia o no de tumores pituitarios. Su manejo es muy complejo y a la fecha no hay un nivel de evidencia adecuado en cuanto al mejor abordaje de estos casos. Consideramos que su manejo debe ser interdisciplinario, que el mejor indicador de la conducta a seguir debe ser la evolución clínica de la paciente y que el manejo conservador debe ser el de primera elección en la paciente embarazada. Sin embargo, no existe ningún estudio que compare ambas conductas, por lo que cualquier efecto benéfico, en cuanto a preservación de función hipofisiaria, que pudo tener la cirugía es imposible de conocer en este momento.

Referencias

1. Jemel M, Kandara H, Riahi M, Gharbi R, Nagi S, Kamoun I. Gestational pituitary apoplexy: Case series and review of the literature. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, December 2019; 48(10): 873-881.
2. Melmed S, Jameson JL (2005). "Disorders of the anterior pituitary and hypothalamus". In Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al. (eds.). *Harrison's Principles of Internal Medicine* (16th ed.). New York, NY: McGraw-Hill. pp. 2076–2097.
3. Elias KA, Weiner RI. Direct arterial vascularization of estrogen-induced prolactin-secreting anterior pituitary tumors. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 1984; 81:4549–4553.
4. Rigg LA, Lein A, Yen SS. Pattern of increase in circulating prolactin levels during human gestation. *Am J Obstet Gynecol*, 1977; 129:454–456
5. Dinç H, Esen F, Demirci A, et al. Pituitary dimensions and volume measurements in pregnancy and post partum. MR assessment. *Acta Radiol*, 1998 Jan; 39(1):64-69
6. Gonzalez JG, Elizondo G, Saldivar D, et al. Pituitary gland growth during normal pregnancy: an in vivo study using magnetic resonance imaging. *Am J Med*, 1988 Aug; 85(2):217-220.
7. Piantanida E, Gallo D, Lombardi V, Tanda ML, Lai A, Ghezzi F et al. Pituitary apoplexy during pregnancy: a rare, but dangerous headache. *J Endocrinol Invest*, 2014; 37:789–797.
8. Rajasekaran S, Vanderpump M, Baldeweg S et al (2011) UK guidelines for the management of pituitary apoplexy. Pituitary apoplexy guidelines development group. *Clin Endocrinol*, May 2010; 74:9–20.
9. Albani A, Ferraù F, Angileri FF, et al. Multidisciplinary Management of Pituitary Apoplexy. *Int J Endocrinol*, 2016; 2016:1-11.
10. Sibal L, Ball SG, Connolly V, James RA, Kane P, Kelly WF et al. Pituitary apoplexy: a review of clinical presentation, management and outcome in 45 cases. *Pituitary*. 2004; 7(3):157–163.
11. Bills DC, Meyer FB, Laws ER, et al. A retrospective analysis of pituitary apoplexy. *Neurosurgery*, 1993; 33(4):602–609.
12. Onesti ST, Wisniewski T, Post KD. Clinical versus subclinical pituitary apoplexy: presentation, surgical management and outcome in 21 patients. *Neurosurgery*, 1990; 26(6):980–986.
13. Semple PL, Jane JA, Lopes MBS, Laws ER. Pituitary apoplexy: correlation between magnetic resonance imaging and histopathological results. *J Neurosurg*. 2008; 108:909–915.
14. Nawar RN, Abdel-Mannan D, Selma WR, Arafah BM. Pituitary tumor apoplexy: a review. *J Intensive Care Med*, 2008; 23:75–90.
15. de Heide LJM, van Tol KM, Doorenbos B. Pituitary apoplexy presenting during pregnancy. *Neth J Med*, 2008; 62:39–396.
16. Janssen NM, Dreyer K, van der Weiden RMF. Management of pituitary tumour apoplexy with bromocriptine in pregnancy. *J R Soc Med Sh Rep*, 2012; 3:43.
17. Andeva HS, Schoebel J, Byrne J, Esiri M, Adams CB, Wass JA. Classical pituitary apoplexy: clinical features, management and outcome. *ClinEndocrinol*, 1999; 51:181-8.
18. O'Donovan PA, O'Donovan PJ, Ritchie EH, Feely M, Jenkins DM. Apoplexy into a prolactin secreting macroadenoma during early pregnancy with successful outcome: case report. *Br J Obstet Gynaecol*, 1986; 93:389–391.