

## ABSCESO HIPOFISIARIO: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

### *Pituitary abscess: A case review*

MARCO CHIPANA S.<sup>1a</sup>, SANDY CABALLERO M.<sup>1b</sup>, MANUEL CUEVA N.<sup>1b</sup>, PEDRO SOTO P.<sup>1c</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Neurocirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú. <sup>a</sup>Neurocirujano, <sup>b</sup>Residente de Neurocirugía, <sup>c</sup>Jefe de Neurocirugía.

#### RESUMEN

**Introducción:** El absceso hipofisario es una infección intraselar que genera cuadro clínico similar a cualquier tumor hipofisario. Su origen puede ser de origen hematógeno o por infección de un sitio próximo o lesión preexistente.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de un paciente varón de 38 años con cefalea progresiva, vómitos y deterioro visual. Fue evaluado con resonancia magnética de región sellar. Se realizó cirugía transesfenoidal y continuó antibioticoterapia endovenosa.

**Conclusión:** El absceso hipofisario es una patología infecciosa infrecuente cuyo diagnóstico requiere evaluación clínica y radiológica. La cirugía generalmente es necesaria para la confirmación diagnóstica y tratamiento.

**Palabras clave:** Absceso cerebral, Neoplasias hipofisarias, Enfermedades de la hipófisis. (fuente: DeCS Bireme)

#### ABSTRAC

**Introduction:** Pituitary abscess is an intrasellar infection that generates a clinical picture like any pituitary tumor. Its origin can be of hematogenous origin or by infection of a nearby site or preexisting lesion.

**Clinical case:** The case of a 38-year-old male patient with progressive headache, vomiting and visual impairment is presented. It was evaluated with magnetic resonance of the sellar region. Transsphenoidal surgery was performed and the infusion of intravenous antibiotic therapy continued.

**Conclusion:** Pituitary abscess is an uncommon infectious pathology whose diagnosis requires clinical and radiological evaluation. Surgery is usually necessary for diagnostic confirmation and treatment.

**Keywords:** Brain Abscess, Pituitary Neoplasms, Pituitary Disease (source: MeSH NLM)

Peru J Neurosurg 2019, 1(4): 91-94

**E**l absceso hipofisario es un proceso infeccioso dentro de la silla turca de baja frecuencia, que representa menos del 1 % de las patologías hipofisarias hipofisarias <sup>1</sup>. Su origen puede ser a partir de: 1) complicación de lesiones preexistentes 2) por extensión directa o por vía hematógena 3) sin fuente de infección clara.

Los abscesos hipofisarios se clasifican en primarios cuando se desarrollan sobre una glándula sana, y secundarios cuando lo hacen sobre una glándula con patología subyacente. Los agentes patógenos se desconocen en el 50% de los casos.

El cuadro clínico asemeja el de los adenomas hipofisarios, con signos y síntomas de compresión quiasmática y disfunción glandular. Se presentan en ambos sexos en igual proporción y se ha descrito distribución bimodal con picos de mayor frecuencia en la segunda y quinta década de la vida. Su diagnóstico prequirúrgico es difícil pues es muy similar clínica y radiológicamente a los adenomas hipofisarios <sup>1</sup>.

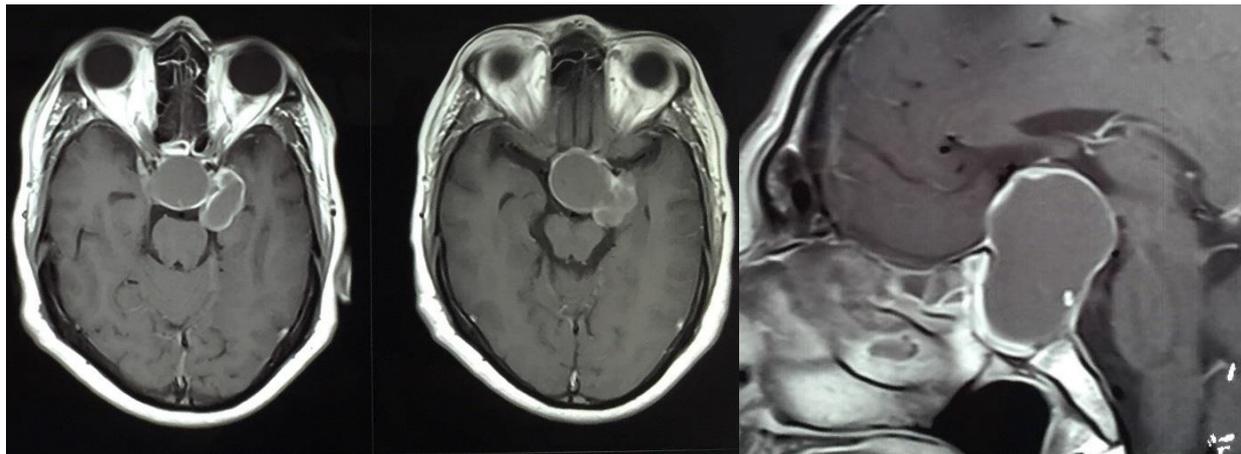
En el presente trabajo presentamos una revisión a raíz de un caso tratado en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**Enviado :** 04 de mayo del 2019

**Aceptado:** 20 de septiembre del 2019

**COMO CITAR ESTE ARTICULO:** Chipana M, Caballero S, Cueva M, Soto P.

Absceso hipofisario: Revisión a propósito de un caso. *Peru J Neurosurg* 2019; 1(4): 91-94



**Fig. 1.** Imágenes de RMN de región selar que evidencia lesión con contenido hipointenso en T1, con captación de contraste en cápsula. Nótese la extensión a seno esfenoidal y región paraselar izquierda.

## REPORTE DE CASO

**Historia y Examen:** Paciente varón de 38 años, sin antecedentes patológicos conocidos, acude a la emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo tras presentar un episodio de convulsión tónico-clónica generalizada. Refieren además que aproximadamente 5 meses antes presentaba cefalea a predominio frontal, progresiva en intensidad, asociada a vómitos, mareos y disminución de la agudeza visual.

Fue evaluado con tomografía de encéfalo en la que se evidencia tumoración intraselar, planteándose como diagnóstico adenoma hipofisario. Se realizó luego resonancia magnética nuclear (RMN) de región selar que

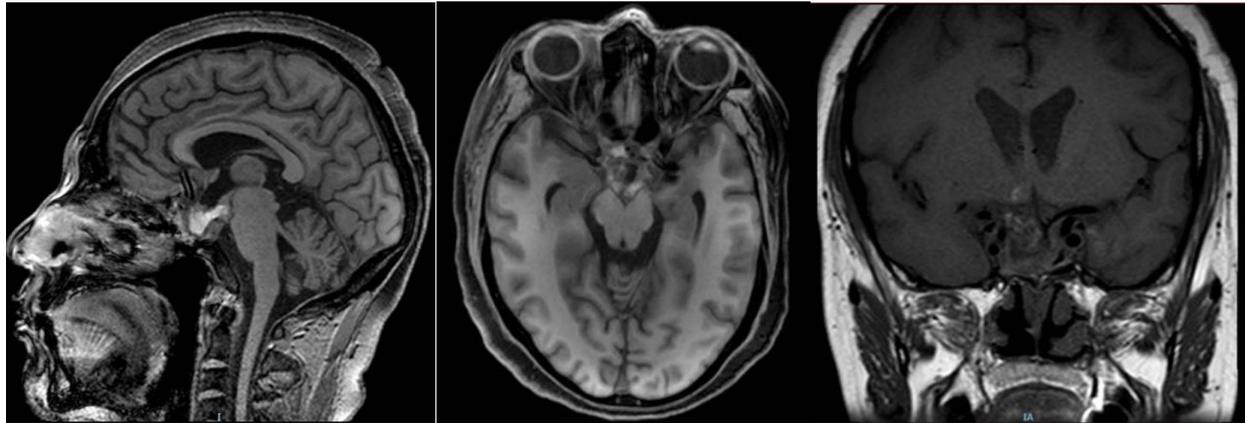
demonstraba presencia de lesión hipointensa redondeada y multiloculada, de 39 mm de altura, con bordes bien definidos, que invade seno esfenoidal, y extensión hacia región paraselar izquierda, con captación intensa de contraste y que ejercía compresión sobre aparato óptico y tercer ventrículo.

**Tratamiento:** Con la evaluación hormonal se constató hipofunción hipofisaria por lo que recibió tratamiento con levotiroxina y prednisona por dos semanas hasta que fue intervenido quirúrgicamente mediante abordaje transesfenoidal endonasal. Se tuvo como hallazgo cápsula fibrosa blanquecina con contenido purulento de 30 cc aproximadamente.

**Evolución:** Luego de la cirugía el paciente recibió tratamiento antibiótico endovenoso con Ceftazidima,



**Fig. 2.** Imagen intraoperatoria de abordaje transesfenoidal endonasal con evidencia de contenido purulento de aproximadamente 30cc. Se logra evacuar en su totalidad.



**Fig. 3.** Imágenes de RMN de región selar de control luego de cirugía y 3 semanas de antibioticoterapia. Nótese la resolución de la lesión, pero persiste realce discreto en cápsula de absceso.

Vancomicina y Metronidazol evolucionando favorablemente la primera semana, sin embargo, luego tuvo deterioro de sensorio y signos de meningoencefalitis por lo que se reemplazó Cefatazidima por Imipenem con lo que paciente se recuperó satisfactoriamente, mejorando agudeza y campo visual y siendo dado de alta.

En los controles postoperatorios se constató recuperación total de la agudeza visual, sin embargo, persistió con hipopituitarismo moderado por lo que continuó con remplazo hormonal con prednisona, levotiroxina y testosterona.

## DISCUSIÓN

Los abscesos hipofisarios son una patología infrecuente representando casi 1% de toda la patología hipofisaria. Se describió el primer caso en 1914 por Simmonds, y luego se han publicado poco más de 120 casos <sup>1</sup>.

Aproximadamente dos tercios de los abscesos hipofisarios se origina en hipófisis sanas o sin antecedentes de patología local, mientras que un tercio de los casos está en relación con una enfermedad hipofisaria previa, como adenomas, quistes de Rathke, cirugía o radioterapia, fistulas, etc. <sup>2-6</sup>

La infección puede estar ocasionada por extensión directa de un foco cercano o por vía hematogena. Se ha postulado que la sinusitis esfenoidal es el foco infeccioso implicado con más frecuencia <sup>7,8</sup>, aunque en la mayoría de las ocasiones el foco infeccioso no es aparente <sup>9,10</sup>.

Las manifestaciones endocrinas son frecuentes en el momento del diagnóstico. Dependiendo del volumen del absceso, los síntomas y signos de origen visual también pueden estar presentes. Las disfunciones hormonales más comunes son grados variables de hipopituitarismo, e incluso diabetes insípida.

Otra entidad frecuente es la meningitis aséptica de repetición (30-40%) <sup>1,2,3,7-11</sup>, Algunos reportes plantean el posible desprendimiento del contenido purulento del absceso que actuaría como un agente irritante que originaría dicha meningitis <sup>4,11,12</sup> Por lo general el tiempo de retraso entre el debut clínico y el diagnóstico oscila entre algunos meses e incluso años <sup>1</sup>

Debido a que, en los estudios de imágenes, la similitud con adenomas hipofisarios es frecuente, los hallazgos radiológicos, al igual que el cuadro clínico, tampoco permiten un diagnóstico prequirúrgico sencillo. Sin embargo, en el estudio con resonancia magnética nuclear, la presencia de lesiones confluentes, la consistencia homogénea de su contenido y la captación de contraste en su cápsula (como en el caso que presentamos a continuación) pueden orientar a su diagnóstico <sup>10,13</sup>.

La cápsula avascular blanquecina y su contenido purulento como hallazgo quirúrgico confirman el diagnóstico. Los cultivos positivos no se consideran indispensable para el diagnóstico de absceso, puesto que aproximadamente en el 50% de los casos los cultivos son negativos <sup>1-3,7</sup>.

La resección quirúrgica del absceso acompañada de tratamiento antibiótico endovenoso de amplio espectro y el soporte hormonal son la base del tratamiento. A pesar de todo ello, los abscesos hipofisarios tienen alta mortalidad principalmente cuando se asocian a meningitis <sup>3-7</sup>. En la actualidad, la mortalidad es menor del 10% <sup>1</sup>. En nuestra serie la evolución en todos los casos fue buena, a pesar de que la cirugía se llevó a cabo después de una clínica de larga evolución.

## CONCLUSIÓN

Los abscesos hipofisarios son patologías infrecuentes que deben ser considerados dentro del diagnóstico diferencial de lesiones quísticas hipofisarias. Ya sea por causa de infección local o por diseminación, su morbimortalidad está influenciada por el riesgo de meningitis. Algunas características en resonancia magnética pueden ayudar a orientar el diagnóstico prequirúrgico.

El cuadro clínico incluye alteraciones hormonales y síntomas visuales similares a los de cualquier tumor a ese nivel. La cirugía, el tratamiento antibiótico de amplio espectro y el soporte hormonal son fundamentales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vates GE, Berger MS, Wilson CB. Diagnosis and management of pituitary abscess: a review of twenty-four cases. **J Neurosurg.** 2001;95: 233-41.
2. Galicia I, Orea A, Abad A, Aragón A, Garcíadurrutia P, Leib B, Estrada J. A propósito de un caso de lesión inflamatoria hipofisaria. **Medicina Militar.** 1993;49: 122.
3. Galicia I, Orea A, Abad A, Aragón A, Garcíadurrutia P, Leib B, Estrada J. Absceso hipofisario, estudio a propósito de un caso. **Medicina Militar.** 1993;49: 544.
4. Ford J, Torres LF, Cox T, Hayward R. Recurrent sterile meningitis caused by a pituitary abscess. **Postgrad Med J.** 1986;62: 929-31.
5. Kroppenstedt SN, Liebig T, Mueller W, Gräf KJ, Lanksch WR, Unterberg AW. Secondary abscess formation in pituitary adenoma after tooth extraction. **J Neurosurg.** 2001;94: 335-8.
6. Scanarini M, Cervellini P, Rigobello L, Mingrino S. Pituitary abscesses: report of two cases and review of the literature. **Acta Neurochir.** 1980;51: 209-17.
7. González-Ibarra FP, Guzmán-Astorga CP, Leyva- Álvarez EA, Hernández-Félix CP, Estevan-Ortiz PD, Llanos-Navidad M. Pituitary abscesses. Report of seven cases and review of the literature. **J Neurosurg.** 1977;46: 601-8.
8. Galicia I, Orea I, Abad S, Aragón A, Garcíadurrutia P, Leyb L, Estrada J. Absceso hipofisario. Revisión a propósito de un caso. **Endocrinología.** 1992;39: 189-91.
9. Berger SA, Edberg SC, David G. Infectious disease in the sella turcica. **Infect Dis.** 1986;8:747-55.
10. Conno SE, Penney E. MR findings in three pituitary abscesses. Case reports. **Acta Radiol.** 1998;39 :490-3.
11. Bjerre P, Riishede J, Lindholm J. Pituitary abscess: an unusual presentation of abscess. **Acta Neurochir.** 1983;68: 187-93.
12. Sabbah P, Bonardel G, Herve R, Marjou F, Hor F, Pharaboz C, Bauduceau B. CT and MRI findings in primitive pituitary abscess: a case report and review of literature. **J Neuroradiol.** 1999;26: 196-9.
13. Kaur A, Agrawal A, Mittal M. Pituitary abscess. Case report. **J Neurosurg.** 1980;53: 851-2.

---

### Declaración de conflicto de intereses

Los autores reportan que no existe conflicto de interés en lo concerniente a los materiales y métodos usados en este estudio o a los hallazgos específicos del mismo.

### Contribución de los autores

*Concepción y diseño:* Todos los autores. *Redacción del artículo:* Chipana. *Revisión crítica del artículo:* Chipana, Caballero, Cueva, Soto. *Revisó la versión reenviada del artículo:* Chipana. *Aprobó la versión final del artículo en nombre de todos los autores:* Chipana.

### Correspondencia

Marco Chipana Sotomayor. Servicio de Neurocirugía. Hospital Nacional Dos de Mayo. Av Grau Nro 1300. Cercado de Lima 15003, Perú. Correo electrónico: [marco\\_chipana@yahoo.es](mailto:marco_chipana@yahoo.es)