



■ REPORTE DE CASO

<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2025.e12142511>

Apoplejía hipofisaria: manifestación súbita de un macroadenoma silente


Pituitary apoplexy: sudden manifestation of a silent macroadenoma

Valeria Rosalba Valdez Martínez ¹ , Karina Raquel Acosta Colmán ¹ 

¹Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Ciencias de la Salud, Hospital Central de IPS, Servicio de Clínica Médica I, Asunción, Paraguay

Editor responsable: Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. 

Revisores:

Jorge Tadeo Jiménez. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Docente del Programa de Endocrinología-Metabolismo. Asunción, Paraguay. 

Cómo citar este artículo: Valdez Martínez VR, Acosta Colmán KR. Apoplejía hipofisaria: manifestación súbita de un macroadenoma silente. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2025; 12 (1): e12142511

RESUMEN

La apoplejía hipofisaria constituye una urgencia neuroendócrina poco frecuente, habitualmente provocada por hemorragia o isquemia en un adenoma hipofisario previamente existente. En este reporte se presenta el caso de un paciente masculino de 69 años que, tras ser diagnosticado con un macroadenoma hipofisario silente y sin síntomas al inicio, presentó de forma súbita una apoplejía hipofisaria. El cuadro clínico incluyó cefalea intensa, alteración visual y déficit hormonal. A pesar de la ausencia de manifestaciones clínicas relevantes antes del evento, el diagnóstico se confirmó mediante estudios de neuroimagen y evaluación hormonal. El abordaje terapéutico, que consistió en intervención

Artículo recibido: 19 mayo 2025

Artículo aceptado: 2 junio 2025

Autor correspondiente:

Dra. Valeria Rosalba Valdez Martínez
Correo electrónico: valevaldez1997@gmail.com

Dictamen del artículo:

https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/87_dictamen.pdf

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

quirúrgica, permitió una recuperación parcial de la función visual y hormonal. Este caso destaca la importancia de la vigilancia de pacientes con macroadenomas hipofisarios, incluso cuando están clínicamente silentes, ya que pueden presentar complicaciones agudas y graves como la apoplejía hipofisaria.

Palabras claves: apoplejía hipofisaria, neoplasias hipofisarias, cefalea, hipopituitarismo

ABSTRACT

Pituitary apoplexy is a rare neuroendocrine emergency, usually caused by hemorrhage or ischemia in a previously existing pituitary adenoma. This report presents the case of a 69-year-old male patient who, after being diagnosed with a silent pituitary macroadenoma without symptoms at onset, suddenly presented with a pituitary apoplexy. The clinical picture included severe headache, visual disturbance, and hormonal deficit. Despite the absence of relevant clinical manifestations before the event, the diagnosis was confirmed by neuroimaging studies and hormonal evaluation. The therapeutic approach, which included surgical intervention, enabled partial recovery of visual and hormonal function. This case highlights the importance of surveillance of patients with pituitary macroadenomas, even when they are clinically silent, as they can present acute and severe complications such as pituitary apoplexy.

Keywords: pituitary apoplexy, pituitary neoplasms, headache, hypopituitarism.

INTRODUCCIÓN

La apoplejía hipofisaria es un cuadro clínico agudo que se manifiesta con cefalea

intensa, náuseas, vómitos, alteraciones visuales, parálisis ocular, trastornos del nivel de conciencia y signos meníngeos, como resultado de una hemorragia o isquemia de la hipófisis^(1,2). Se trata de una urgencia endocrinológica infrecuente, pero de alta gravedad, que suele presentarse en pacientes portadores de adenomas hipofisarios, especialmente aquellos de tipo macroadenoma no secretor. En aproximadamente el 80% de los casos, la apoplejía constituye la forma de presentación inicial del adenoma hipofisario⁽³⁾.

Su presentación clínica puede ser variable y simular otras patologías neurológicas, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. El reconocimiento temprano y el manejo adecuado son fundamentales para prevenir secuelas neurológicas y endocrinas graves⁽⁴⁾. En este reporte se presenta el caso de un paciente con apoplejía hipofisaria secundaria a un macroadenoma, con el objetivo de resaltar las manifestaciones clínicas, el abordaje diagnóstico y las opciones terapéuticas disponibles.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 69 años de edad, de nacionalidad paraguaya, de profesión docente jubilado, acude al servicio de urgencias por cuadro de cefalea frontal de inicio súbito, intensa, continua, acompañada de visión borrosa, náuseas y vómitos. Refirió también disminución progresiva de la agudeza visual en los días previos. Estos síntomas se desarrollaron sin trauma previo ni signos de infección sistémica. Tiene el antecedente de diagnóstico radiológico de macroadenoma hipofisario silente hace cinco años, sin seguimiento clínico ni síntomas asociados desde entonces y sin otras comorbilidades conocidas.

Al ingreso, el examen físico mostró los siguientes signos vitales: presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto y temperatura de 36 °C. A la exploración neurológica se evidencia ptosis palpebral completa del ojo derecho y defectos en el campo visual bilateral, hallazgos compatibles con compromiso del tercer par craneal derecho y del quiasma óptico.

Se realiza resonancia magnética cerebral con protocolo hipofisario, en la que se observa una lesión selar de gran tamaño con extensión supraselar, de aspecto heterogéneo y con áreas de hemorragia intratumoral. La masa desplaza superiormente el quiasma óptico. Los hallazgos son compatibles con apoplejía hipofisaria sobre macroadenoma previamente conocido (figura 1).

Los estudios hormonales mostraron datos compatibles con hipopituitarismo: niveles bajos de cortisol, TSH, T4 libre, LH, FSH y testosterona total. No se evidenció secreción hormonal activa, confirmando que el adenoma permanecía silente en términos funcionales.

El manejo inicial consistió en estabilización con corticosteroides intravenosos. Posteriormente, se realizó descompresión quirúrgica por vía transesfenoidal, con evolución clínica favorable: mejoría progresiva de la ptosis palpebral, recuperación parcial del campo visual y estabilización endocrinológica con tratamiento sustitutivo. El paciente fue dado de alta en condiciones clínicas estables, con indicaciones precisas y un plan de seguimiento ambulatorio estructurado, coordinado de forma multidisciplinaria entre endocrinología, neurocirugía y oftalmología, con el objetivo de garantizar la recuperación funcional y el control a largo plazo.

DISCUSIÓN

La apoplejía hipofisaria representa una complicación infrecuente pero potencialmente grave que suele desarrollarse como una complicación aguda de los adenomas hipofisarios, en particular de macroadenomas no funcionantes. Está caracterizada por una hemorragia o infarto súbito dentro del tumor, lo que desencadena un aumento rápido del volumen dentro de la silla turca ⁽⁵⁾.

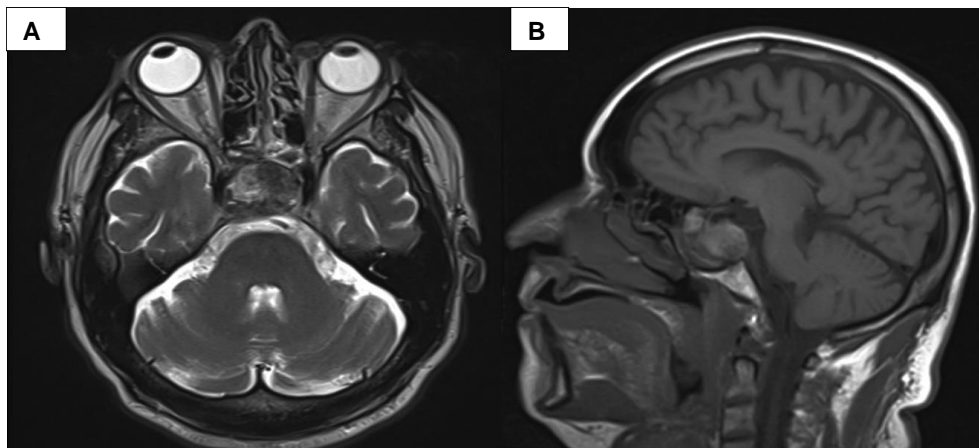


Figura 1. A: Resonancia magnética cerebral en corte axial con imagen ponderada en T2, donde se observa masa selar isointensa, con focos hiperintensos en su interior sugerentes de hemorragia tumoral, con extensión supraselar. B: Resonancia magnética cerebral en corte sagital, ponderada en T1, se observa lesión expansiva en región selar, isointensa con extensión supraselar que comprime el quiasma óptico, y extensión infraselar ocupando parcialmente el seno esfenoidal.

En aproximadamente 70 % de los casos, esta entidad se presenta de manera espontánea, especialmente en pacientes con adenomas hipofisarios previamente silentes desde el punto de vista clínico y hormonal ⁽⁶⁾. No obstante, se han descrito múltiples factores precipitantes, como traumatismos craneoencefálicos, alteraciones hemodinámicas, antecedentes de radioterapia, procedimientos quirúrgicos mayores (incluyendo cirugía cardíaca), uso de anticoagulantes, administración de agonistas dopaminérgicos y realización de pruebas dinámicas de estimulación hipofisaria ⁽⁷⁾.

El diagnóstico clínico debe sospecharse ante síntomas súbitos en pacientes con adenomas conocidos o incluso no diagnosticados previamente. En el presente caso, se trata de un paciente con diagnóstico previo de macroadenoma hipofisario silente, no funcional, conocido desde hacía cinco años, quien desarrolló un episodio agudo de apoplejía hipofisaria evidenciado por cefalea intensa, deterioro visual progresivo y parálisis del III par craneal derecho. A diferencia de otros reportes, el paciente no presentó alteración del nivel de conciencia, lo cual puede corresponder a un cuadro menos extenso o una rápida intervención terapéutica ⁽⁸⁾.

La resonancia magnética es el estudio de elección, ya que permite no solo visualizar la extensión y la naturaleza hemorrágica o isquémica de la lesión, sino también valorar el compromiso de estructuras vecinas ⁽⁹⁾. En nuestro paciente, en este estudio se evidenció la presencia de hemorragia intratumoral y efecto de masa con desplazamiento del quiasma óptico, lo que explica la afectación del campo visual.

El tratamiento inicial incluye la estabilización clínica con administración de corticosteroides a dosis suprafisiológicas, corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y sustitución hormonal según

necesidad. En pacientes con compromiso visual progresivo o parálisis oculomotora, como en el caso presentado, está indicada la descompresión quirúrgica, preferiblemente por vía transesfenoidal ⁽¹⁰⁾. En nuestro paciente, este abordaje permitió una evolución favorable, con recuperación parcial del campo visual y mejoría neurológica evidente.

En cuanto al pronóstico, la recuperación visual y endocrinológica depende fundamentalmente del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la intervención quirúrgica. Se ha observado que la cirugía en los primeros 7 a 10 días optimiza la recuperación, especialmente visual, aunque el déficit hormonal suele persistir en una proporción significativa de los casos ^(11,12). En la presente situación, el paciente requirió tratamiento hormonal sustitutivo a largo plazo, acorde con el hipopituitarismo evidenciado en los estudios bioquímicos iniciales.

Este caso subraya la importancia de mantener un seguimiento clínico y radiológico regular en pacientes con diagnóstico de macroadenoma hipofisario, incluso si se presentan como silentes, ya que la apoplejía hipofisaria puede constituir su forma de presentación aguda. Asimismo, resalta el valor de una intervención médica y quirúrgica oportuna para mejorar los desenlaces funcionales y prevenir secuelas permanentes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no contar con conflictos de intereses

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido en la concepción, redacción del borrador y manuscrito final, revisión y aprobación del contenido del artículo.

Financiamiento

El presente reporte de caso no requirió financiación externa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zou D, Yang Y, Gao R, Ou Y, Luo J, Zhang Z, Yang T, Cheng J. Long-term pituitary function following transsphenoidal surgery for non-functional pituitary neuroendocrine tumor with apoplexy: a single-center retrospective analysis. *Sci Rep*. 2025 Jun 1;15(1):19226. doi: 10.1038/s41598-025-03053-0. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40451860/>
2. Briet C, Salenave S, Chanson P. Pituitary apoplexy. *Endocrinol Metab Clin North Am* [Internet]. 2015 [cited 2025 May 19];44(1):199–209. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25732655> Subscription required
3. Wildemberg LE, Glezer A, Bronstein MD, Gadelha MR. Apoplexy in nonfunctioning pituitary adenomas. *Pituitary* [Internet]. 2018 [cited 2025 May 19];21(2):138–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29383476> Subscription required
4. Pyrgelis ES, Mavridis I, Meliou M. Presenting symptoms of pituitary apoplexy. *J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg* [Internet]. 2018 [cited 2025 May 19];79(1):52–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28437813> Subscription required
5. Arbunea-Ghenoiu S, Ciubotaru GV, Dumitraşcu A, Alexandrescu A, Capatina C, Poiana C. Pituitary apoplexy: a retrospective study of 36 cases from a single center. *Cureus* [Internet]. 2022 [cited 2025 May 19];14(9): e29769. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36340531>
6. Iglesias P. Pituitary apoplexy: an updated review. *J Clin Med* [Internet]. 2024 [cited 2025 May 19];13(9):2508. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38731037>
7. Garcia-Feijoo P, Perez Lopez C, Paredes I, Cancela AA, Alvarez-Escola C, Calatayud M, et al. Exploring risk factors of severe pituitary apoplexy: insights from a multicenter study of 71 cases. *Endocrine* [Internet]. 2024 [cited 2025 May 19];86(1):333–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38850439> Subscription required
8. Giritharan S, Gnanalingham K, Kearney T. Pituitary apoplexy—bespoke patient management allows good clinical outcome. *Clin Endocrinol (Oxf)* [Internet]. 2016 [cited 2025 May 19];85(3):415–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27038242/#:~:text=Conclusion%3A%20In%20pituitary%20apoplexy%20patients,disease%20and%20surgical%20expertise%20available> Subscription required
9. Serramito García R, Santín Amo JM, Román Pena P, Pita Buezas L, González Gómez L, García Allut A. Infarto cerebral tras apoplejía pituitaria: descripción de un caso y revisión de la literatura. *Neurocirugía* [Internet]. 2016 [cited 2025 May 19];27(6):310–4. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130147316300161> Subscription required
10. Pineda-Centeno LM, Palacios-Rodríguez RA, Moncada-Habib T, Mondragon-Soto MG, Rodríguez-Hernández LA, et al. Pituitary apoplexy: description of medical and surgical treatment and clinical, visual, and endocrinological outcomes during the SARS-CoV-2 pandemic and over three years. *Cureus* [Internet]. 2024 [cited 2025 May 19];16(6): e63152. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39055441>
11. Lammert A, Walter MS, Giordano FA, Al Zhgloul M, Krämer BK, Nittka S, et al. Neuro-endocrine recovery after pituitary apoplexy: prolactin as a predictive factor. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* [Internet]. 2020 [cited 2025 May 19];128(5):283–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29966153> Subscription required

12. Capatina C, Inder W, Karavitaki N, Wass JAH. Management of endocrine disease: pituitary tumour apoplexy. *Eur J Endocrinol* [Internet]. 2015 [cited 2025 May 19];172(5): R179–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2545246>
6 Subscription required