

# **DIFERENCIAS ENTRE APOPLEJÍA CLÍNICA Y SUBCLÍNICA. FACTORES DE RIESGO, EVOLUCIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA**

Pilar Costa Forner  
R3 Endocrinología y Nutrición  
Hospital Vall Hebrón

# INTRODUCCIÓN

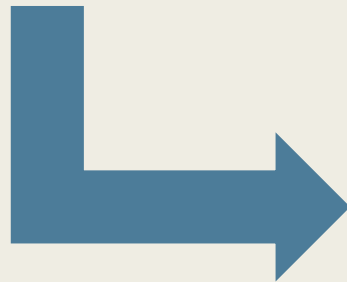
**Apoplejía hipofisaria (AH):** Síndrome clínico/subclínico debido al sangrado agudo o subagudo o infarto de un tumor hipofisario.

## **Presentación clínica:**

- Cefalea severa de inicio súbito
- Náuseas, vómitos
- Disminución agudeza visual
- Disminución nivel conciencia

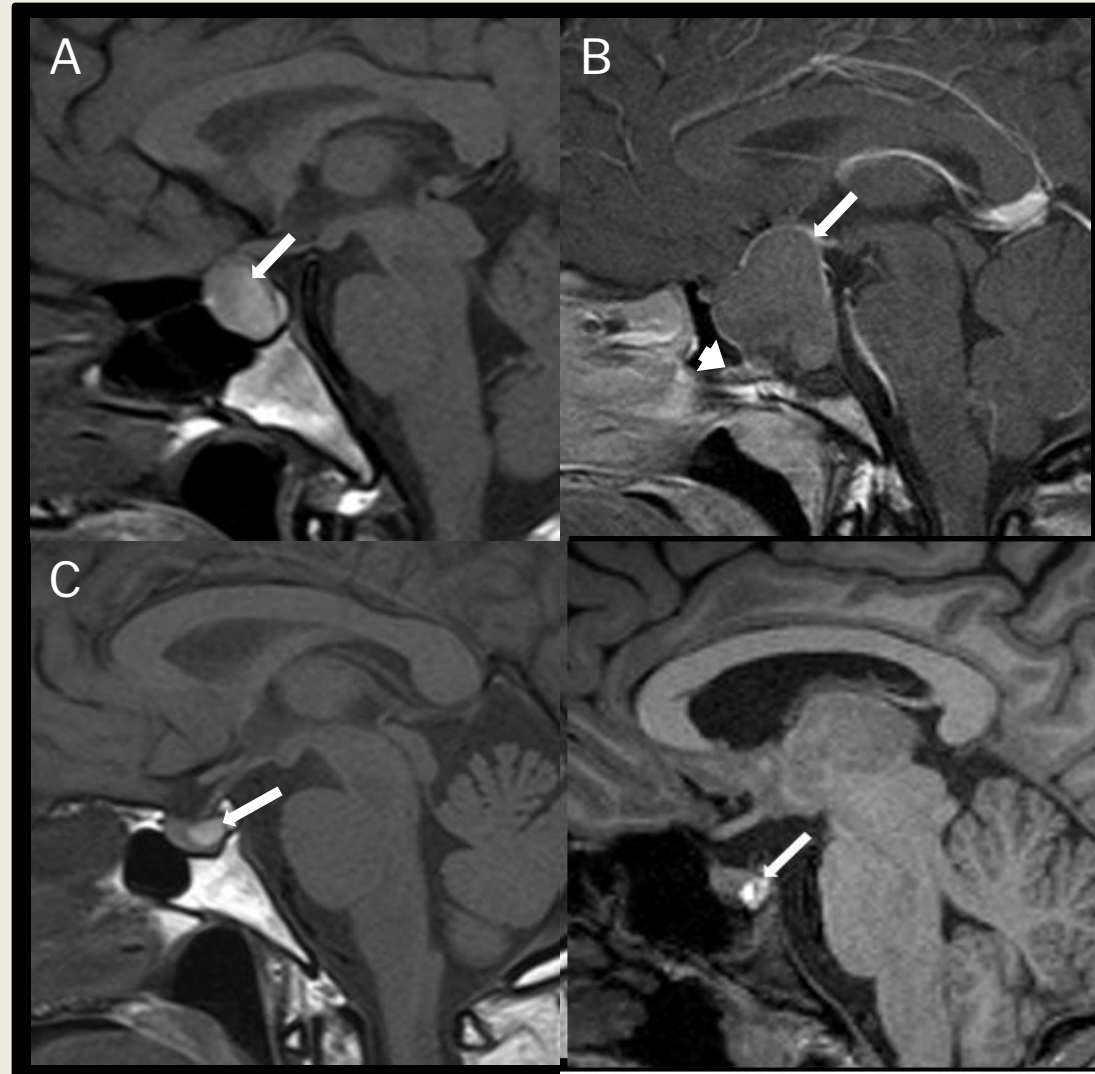
# EPIDEMIOLOGÍA

- La prevalencia de apoplejía hipofisaria en pacientes con adenoma hipofisario
  - *Forma clínica: 2-10%*
  - **Forma subclínica/asintomática: 10-25%**



Hallazgo casual en RMN cerebral

# DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO



# INTRODUCCIÓN

- La apoplejía hipofisaria tradicionalmente era considerado una emergencia neuroquirúrgica
- Hoy en día, en el diagnóstico inmediato de la Apoplejía Hipofisaria, se utilizan **altas dosis de glucocorticoides**, reservando el tratamiento quirúrgico en caso de fracaso con tratamiento conservador
- Actualmente hay poca información sobre la función hipofisaria y volumen del tumor tras la apoplejía

# OBJETIVO

Describir las características clínicas y la evolución de los pacientes con **Apoplejía Aguda sintomática** en comparación con la **Apoplejía Subclínica** y evaluar el tratamiento empleado en las apoplejía aguda sintomática.

# MATERIAL Y MÉTODOS

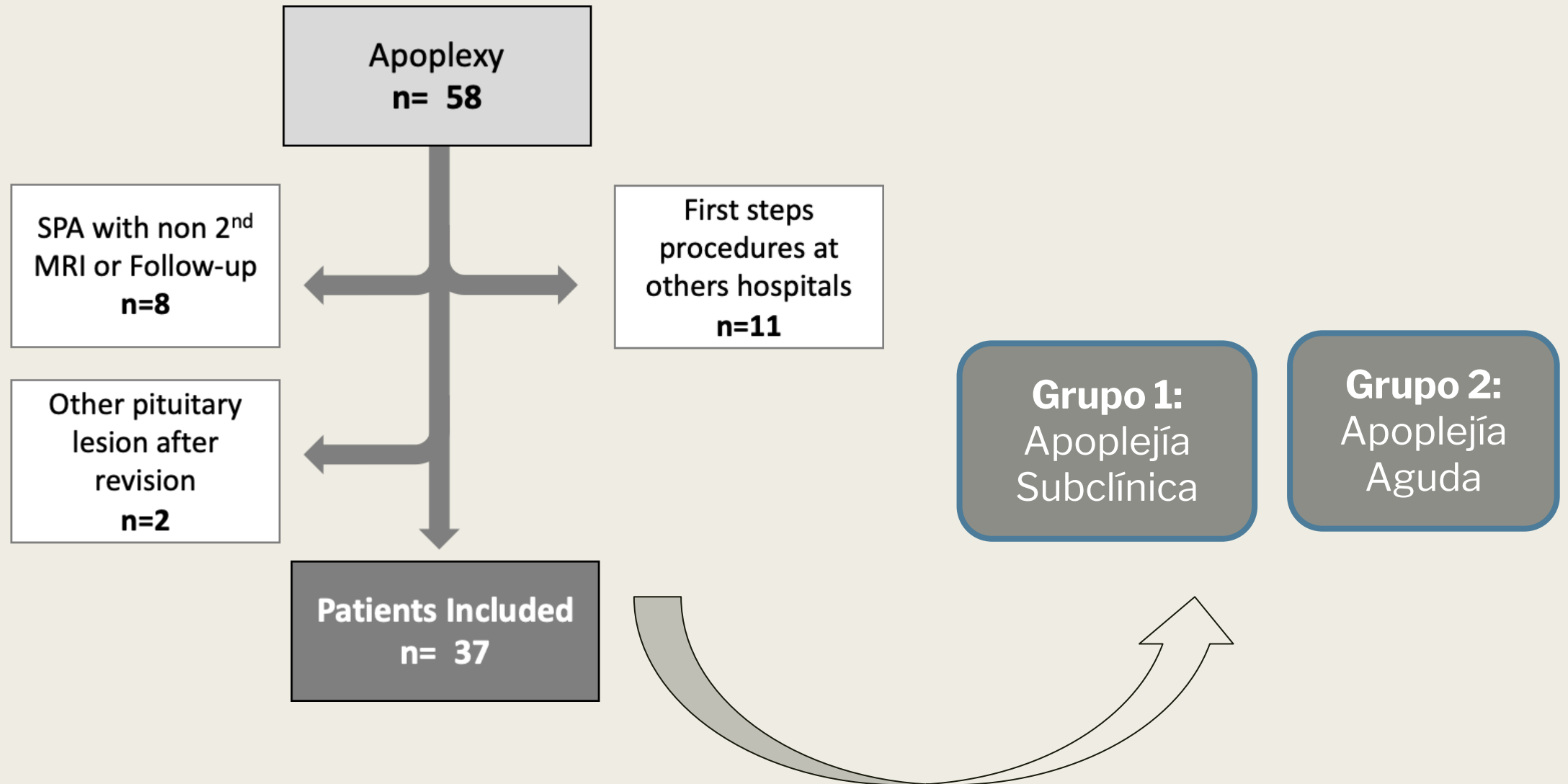
- **Estudio longitudinal retrospectivo** de pacientes diagnosticados de apoplejía hipofisaria entre enero de 2010 y agosto de 2021.

## CRITERIOS INCLUSIÓN

- > 18 años
- Apoplejía hipofisaria diagnosticada y con seguimiento en nuestro centro
- Confirmación del diagnóstico por RMN cerebral
- Al menos una RMN cerebral al año de seguimiento excepto en casos de éxitus.



# MATERIAL Y MÉTODOS

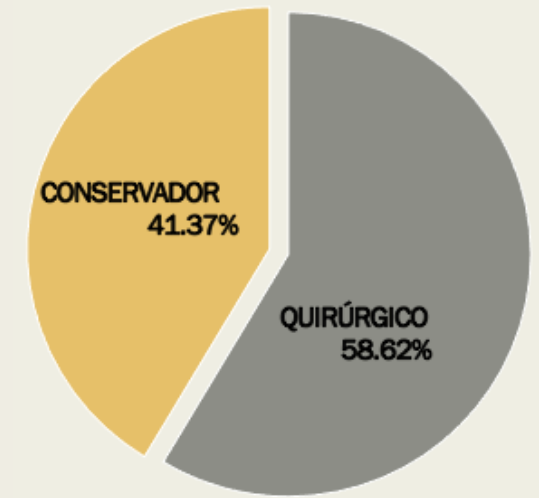




# RESULTADOS

	TOTAL N= 37	APOPLEJÍA SUBCLÍNICA (AS) N=8 (21.6%)	APOPLEJÍA AGUDA SINTOMÁTICA ( AA ) N=29 (78.4%)	P-valor
Hombres (n,%)	17 (46.0)	2 (25.0)	15 (51.7)	0.17
Edad, años ( media, IQR)	47.7 (24.2)	42.2 (31.8)	51.2 (20.8)	0.25
IMC (Kg/m <sup>2</sup> (Media, IQR)	28.5 (7.2)	24.7 (6.5)	27.7 (5.7)	0.11
DM2 ( n, %)	11 (29.7)	0	11 (37.9)	<b>0.04</b>
DLP (n, %)	10 (27.0)	0	10 (34.4)	<b>0.05</b>
HTA (n,%)	10 (27.0)	1 (12.5)	9 (31.0)	0.40
<u>Tabaquismo</u> (n,%)	5 (13.0)	2 (25.0)	3 (10.3)	0.29
<u>Cirugía previa</u> (n,%)	5 (13.5)	2 (25.0)	3 (10.3)	0.29
<u>Anticoagulante</u> (n,%)	6 (16.2)	1(12.5)	5 (17.2)	0.61
<u>Hipopituitarismo</u> (n, %)	6 (16.2)	1 (12.5)	5 (17.2)	0.61
<u>Seguimiento, meses</u> (Media, IQR)	23.0 (42.0)	33.9 (20.1)	22.9 (42.3)	0.56

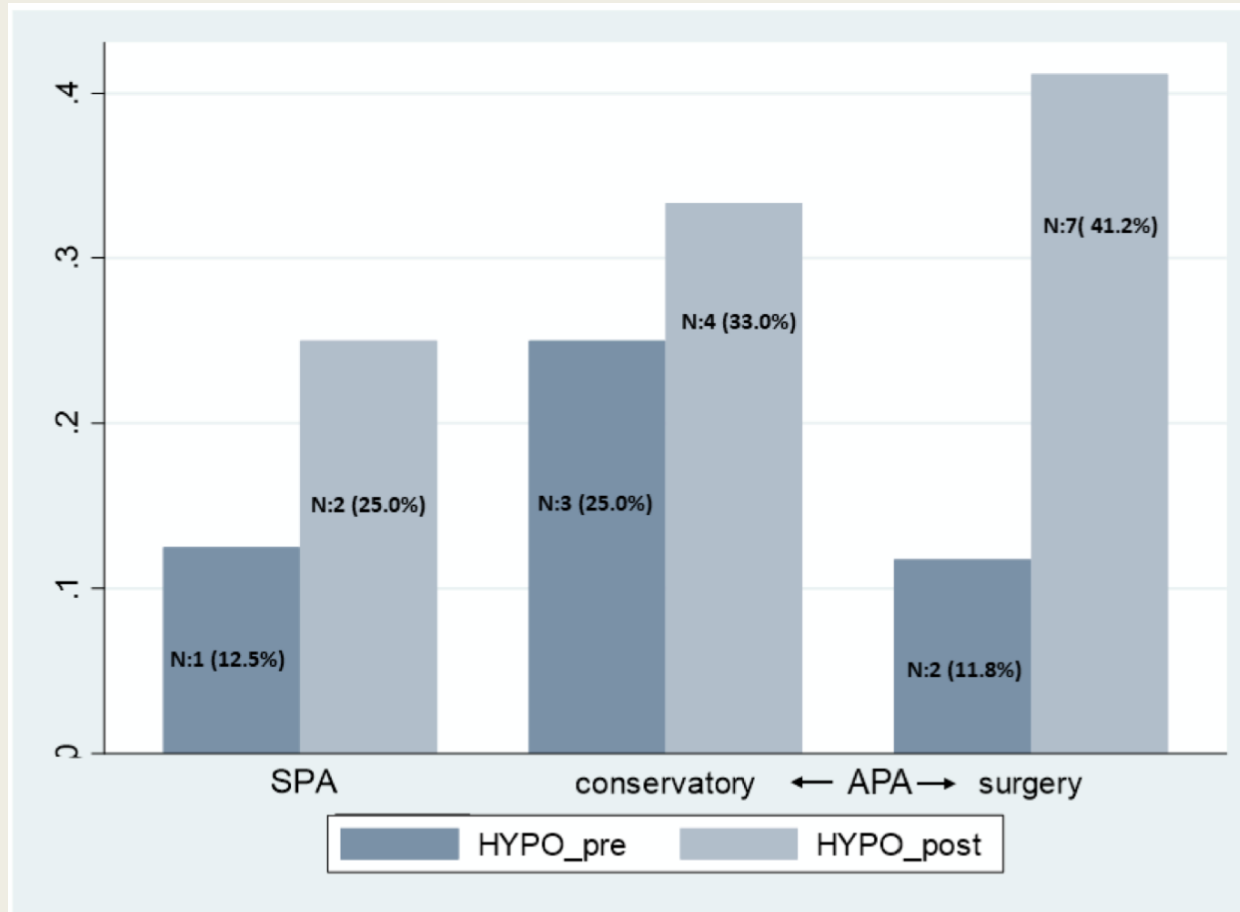
Tratamiento en  
apoplejía  
sintomática



# RESULTADOS

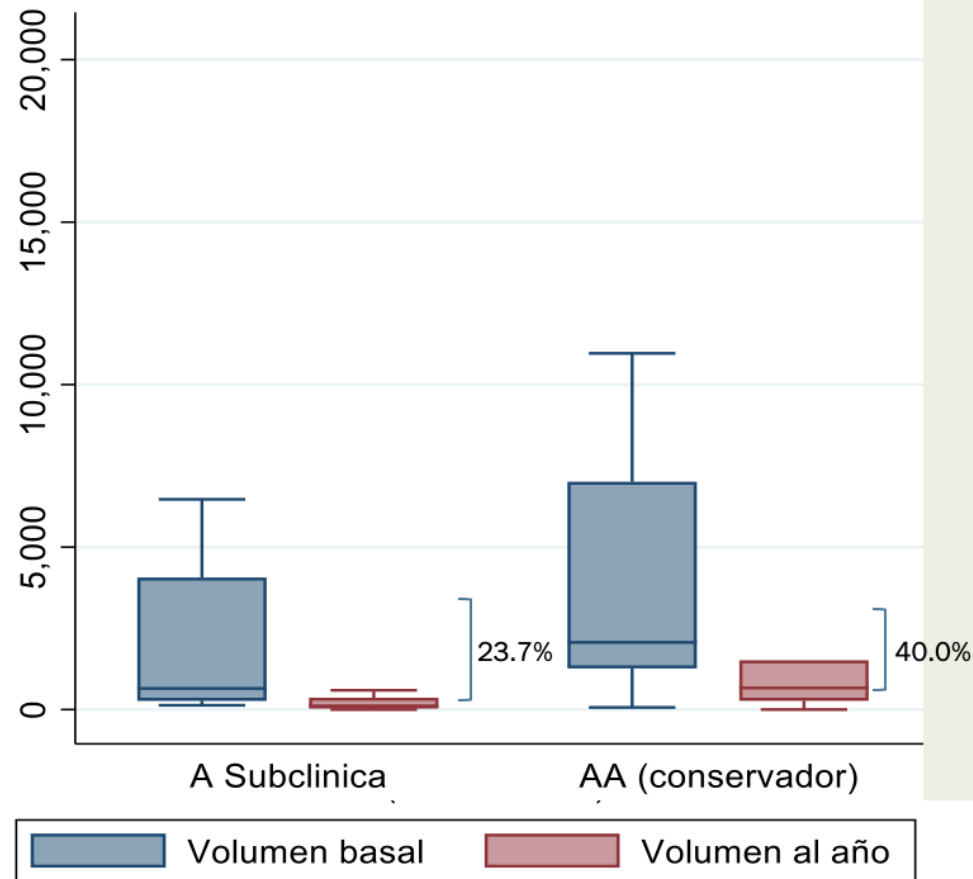
	TOTAL N= 37	APOPLEJÍA SUBCLÍNICA (AS) N=8 (21.6%)	APOPLEJÍA AGUDA SINTOMÁTICA ( AA ) N=29 (78.4%)	P-valor
Previous adenoma (n,%)	13 (35.1)	4 (50.0)	9 (31.0)	0.34
Macro	34 (91.9)	6 (75.0)	28 (96.6)	0.11
Micro	3 (8,1)	2(25.0)	1 (3.4)	--
NFPA	24 (64.9)	4 (50.0)	20(69.0)	0.22
PRL	10 (27.0)	4 (50.0)	6 (20.7)	0.25
GH	3 (8.1)	3(10.3)	0	--
Diameter max. mm <sup>3</sup> (Media ;IQR)	25.0 (14.0)	13.5 (12.5)	26.0 (9.0)	<b>0.01</b>
TV mm <sup>3</sup> (Media; IQR)	5049 (7049)	650 (879)	5589 (8562)	<b>0.01</b>
T1 hiperintenso (n,%)	26 (70.3)	8 (100)	18 (62.1)	<b>0.04</b>
T2 hiperintenso (n,%)	12 (32.4)	4 (50.0)	8 (27.6)	0.22
Hemorragia radiológica	6 (16.2)	3 (37.5)	3 (10.3)	0.14
Infarto radiológico	3 (8.1)	0	3(10.3)	0.14
Radiología mixta Hemorragia/infarto	28 (75.7)	5 (62.5)	23(79,3)	0.14
Extraselar (n,%)	25 (67.6)	2 (25.0)	25 (86.2)	<b>0.01</b>
Compresión quiasmática (n,%)	25 (67.6)	2 (25.0)	23 (79.3)	<b>0.01</b>
Invasión del seno(n,%)	28 (75.7)	3 (37.5)	25 (86.2)	<b>0.01</b>

# RESULTADOS



- Durante el seguimiento, un 35,1% pacientes desarrollaron hipopituitarismo sin diferencias entre grupos

# RESULTADOS



- En pacientes no quirúrgicos, hubo una reducción de volumen clínicamente relevante al año de la apoplejía en (65 %).
- La mediana de reducción de volumen entre grupos fue del 23,7% en AS y del 40,0% en AA tratados de forma conservadora

# CONCLUSIONES

- El hipopituitarismo es frecuente postapoplejía independientemente del tipo incluso en pacientes con AS por lo que el seguimiento de estos pacientes tras la apoplejía es mandatorio
- La reducción de volumen del tumor hipofisario es clínicamente relevante después de un año de la AH. En consecuencia, el tratamiento quirúrgico en AHNF debería revalorarse si los pacientes permanecen asintomáticos.