

Absceso hipofisiario como causa de meningitis crónica

Pituitary abscess as cause of chronic meningitis

Eduardo Ortega R.¹, Tomas Carmona²

¹ Profesor Asociado, Instituto de Neurociencias Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

² Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile.

Rev. Chil. Neurocirugía 41: 138-140, 2015

Resumen

Se presenta el caso clínico de una paciente con un cuadro de Meningitis crónica recurrente en que el diagnóstico de absceso selar sólo se logró al operarla con el diagnóstico de Adenoma Hipofisiario. Siendo el absceso hipofisiario una patología de muy baja frecuencia, la presencia de una Meningitis crónica recurrente como forma de presentación es aún más infrecuente. La literatura en general presenta muy pocas series de abscesos hipofisarios, siendo la mayoría sólo comunicaciones de casos clínicos.

Palabras clave: Absceso, Selar, Hipofisiario, Meningitis crónica.

Abstract

We present the case of a patient with a history of Recurrent Chronic Meningitis, in which the diagnosis of Pituitary abscess was only made after surgery under the diagnosis of Pituitary Adenoma. Given the low frequency of the Pituitary Abscess, the presence of a Recurrent Chronic Meningitis as its presentation is even more infrequent. The common literature presents only a few series of pituitary abscess, which, in most cases, are only case reports.

Key words: Abscess, selar, Pituitary, Chronic Meningitis.

Introducción

El absceso hipofisiario es una patología de muy baja frecuencia, existiendo en la literatura muy pocas series, siendo la mayoría de las comunicaciones sólo casos clínicos aislados. En general corresponden a menos del 1% de las patologías de la región selar^{1,2,10,12}. La colección de pus en la logia hipofisiaria puede obedecer a diversos orígenes y en cuanto al diagnóstico, este se torna dificultoso puesto que la sintomatología puede ser muy diversa. Y aún menos frecuente es la presencia de una Meningitis recurrente como forma de presentación.

Caso clínico

Paciente J.P.LL., femenina, 39 años, con antecedente de migraña, quien comenzó el día 28/12/2010 con cuadro de cefalea intensa, EVA 10/10, holocránea, asociada a fotofobia, sin otra sintomatología por lo que consultó en atención primaria, donde se constató a la paciente hipertensa y subfebril, sospechándose una crisis hipertensiva, para la cual se indicó control posterior. Por persistencia de la sintomatología, asociándose a náuseas, la paciente acudió a su consultorio, donde se sospechó una Otitis, iniciándose tratamiento antibiótico, que la paciente mantuvo

por 2 días, sin respuesta.

Por mantener el cuadro clínico con aparición de vómitos, la paciente decidió consultar nuevamente en Atención Primaria el día 02/01/11 donde se evidenció subfebril, hipertensa, con rigidez de nuca. Debido a lo anterior, se realizó TC de cerebro, la que se informó sin alteraciones, y posteriormente una punción lumbar, la cual fue sugerente de una meningitis viral. Se decidió hospitalizar a la paciente para tratamiento, bajo el diagnóstico de una meningitis de probable origen Viral. Durante los 3 días de hospitalización, se realizaron diversos exámenes dentro de los que se descartó VIH. Debido

a que se observó una mejoría clínica, llegando a estar asintomática y afebril, con una punción Lumbar de control con tendencia a la normalización, se decidió el alta.

La paciente se mantuvo asintomática durante el mes de Febrero, pero posterior a esto requirió de múltiples hospitalizaciones por cuadros similares al anterior, pasando por los diagnósticos de meningitis viral, TBC meningea, el cual se sospechó por contacto con un portador, realizándose un tratamiento sin respuesta, el cual además se interrumpió por la aparición de lesiones herpéticas cervicales, catalogadas como un herpes Zoster atípico y manejado como tal.

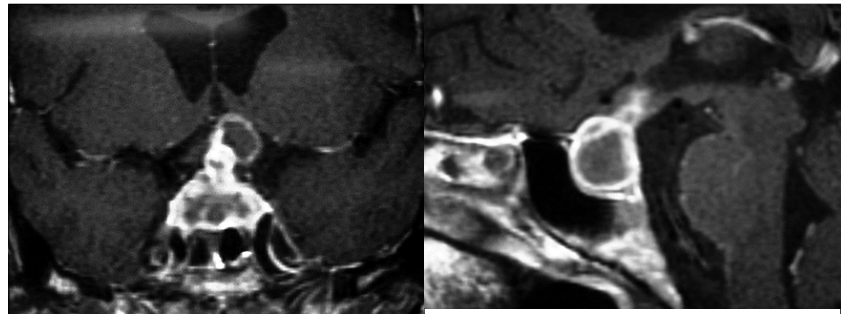
Dentro de los estudios realizados, destacan 3 cultivos de Koch negativos en LCR, exámenes inmunológicos negativos, y un TC de tórax y abdomen normales. Desde Enero se observó además un hipopituitarismo progresivo, lo que llevó a la realización de una RNM de cerebro, la cual evidenció una imagen que se interpretó como de Macroadenoma hipofisiario, sin lesiones del parénquima cerebral. (Figura 1, 2). Debido a los hallazgos se realizó estudio hormonal que evidenció PRL 91 ng/ml, Cortisol 0,4 ug/dl, TSH 0,09 uIU/ml, Tiroxina libre 0,66 ng/dl por lo que se inició terapia de sustitución con Levotiroxina 10 mg/día, bromocriptina 2,5 mg/día y cortisol 20 mg/día.

Para ampliar el estudio, se realizó de una biopsia meningea el 25 de mayo de 2011, sin incidentes, la cual resultó negativa. Se realizó además un PPD, que resultó positivo en 28 mm, considerándose como reactivo intenso, por lo que se reinició su terapia anti TBC de forma ambulatoria.

Posteriormente no pudiéndose descartar el diagnóstico de TBC meningea, se planteó el diagnóstico de una Meningitis linfocítica benigna recurrente, por lo que se suspendió de manera definitiva el tratamiento antiTBC, y se comenzó con profilaxis con Aciclovir oral.

Durante el final del año 2011 y la primera mitad del año 2012, la paciente fue trasladada a Concepción, por lo que no se poseen datos de dicha época.

El 29/09/2012, habiendo regresado a Valdivia, la paciente consultó por síntomas Meningeos y cefalea intensa, asociándose esta vez además a Hemianopsia Heterónima Bitemporal transitoria, por lo que fue hospitalizada, resultando todo su estudio normal.



Figuras 1, 2. Lesión selar y supraselar con importante refuerzo periférico al contraste.

La paciente se mantuvo en controles, sin cambios, hasta el 10/01/2013, donde se indicó la resolución quirúrgica de su macroadenoma hipofisiario. El 22 de Febrero se realizó abordaje transnasoseptal, donde al abrir la duramadre, se evidenció la salida de abundante pus verdosa.

Durante postoperatorio la paciente desarrolló diabetes insípida, que fue manejada por equipo de endocrinología con reajuste de terapia hormonal. El cultivo de la secreción purulenta resultó negativo. La paciente evolucionó de manera favorable por lo que se dio de alta el día 01-03-2013 con diagnóstico de Absceso Hipofisiario, Panhipopituitarismo y Meningitis crónica.

El 11-04-2013 reingresó al presentar cuadro de expulsión de tapones mucopurulentos por la nariz en 2 ocasiones, sin otra sintomatología, por lo que se realizó exploración quirúrgica del seno esfenoidal bajo radioscopia, tomando numerosas muestras enviadas a cultivo corriente y de Koch. El procedimiento fue sin complicaciones. El cultivo de Koch resultó negativo, y el cultivo corriente fue positivo para *Stafilococcus Aureus* multisensible, por lo que se inició tratamiento con Clindamicina E.V. 600 mg c/6 h por 10 días, con buena

evolución, y luego tratamiento ambulatorio con Clindamicina V.O. 600 mg c/8 h hasta completar 21 días de tratamiento. La RMN de control demostró resolución del absceso. (Figura 3). En el seguimiento durante un año la paciente se ha mantenido asintomática del punto de vista neurológico, pero se mantuvo expulsando tapones mucosos, evidenciándose una sinusopatía crónica, la que se encuentra siendo manejada actualmente por el equipo de Otorrinolaringología.

Discusión

El caso clínico demuestra las dificultades diagnósticas en un caso de Meningitis crónica, habiéndose estudiado con múltiples exámenes, incluso intentando con biopsia. Se plantearon diversos diagnósticos etiológicos, pasando por Otitis, Meningitis viral, TBC meningea, Herpes Zoster atípico y meningitis linfocítica benigna recurrente, los cuales no pudieron confirmarse. El estudio de Resonancia Magnética mostró una lesión que se interpretó como Macroadenoma, pese a que claramente tenía un refuerzo periférico a la inyección de Gadolino y no se relacionó con la patología en estudio. (Figura 1, 2). Después de más de dos años de iniciado el cuadro clínico fue derivada a Neurocirugía operándose por vía trans-naso-septal sospechando encontrar un Adenoma típico y encontrando claramente un absceso selar.

La literatura es amplia en afirmar las dificultades diagnósticas del absceso hipofisiario^{1,2,4,5,21}, especialmente por ser una patología de muy baja frecuencia^{5,22,24}. La mayoría son comunicaciones de casos clínicos^{1,2,3,4,8,9,11,17,18,19,20,25}. En general corresponden a no más del 1% de las patologías a nivel selar. La

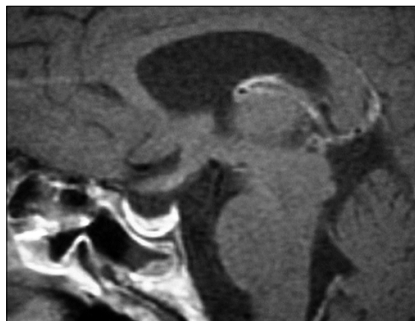


Figura 3. RMN postoperatoria.

colección de pus en la logia sellar puede tener diversos orígenes como Meningitis, sinusitis esfenoidal, bacteremia y tromboflebitis entre otras^{6,15,16,23,24}. El absceso post quirúrgico en abordajes transefenoidales puede ser también una causa, siendo esta muy infrecuente^{7,12,23}. El diagnóstico, en estos casos, se torna dificultoso ya que la sintoma-

tología puede ser muy diversa con cefaleas inespecíficas, alteraciones hormonales y con frecuencia desarrollo de Diabetes Insípida^{4,6,13,14,21,22,23}. Aun menos frecuente es la presencia de una Meningitis recurrente como forma de presentación⁶.

Pese a ser una patología poco frecuente es necesaria tenerla en cuenta en

casos de Meningitis recurrentes siendo la presencia de un halo periférico a la lesión en la Resonancia Magnética un elemento diagnóstico de sospecha.

Recibido: 16 de julio de 2015
Aceptado: 07 de agosto de 2015

Bibliografía

1. Fuyi L, Guilin L, Yong Y, et al. Diagnosis and management of pituitary abscess: Experiencias from 33 cases. *Clinical Endocrinology* 2011; 74: 79-88.
2. Vates G, Berger M, Wilson C. Diagnosis and management of pituitary abscess: A review of twenty-four cases. *Journal of Neurosurgery* 2001; 95(2): 233-241.
3. García JA, Hernández H, et al. Absceso Hipofisiario. Comunicación del caso de un paciente diagnosticado y operado con buenos resultados y revisión de la literatura. *Rev. cuba. med;* 1984; 23(1): 83-91.
4. Galicia I, Orea I, et al. Abscesos Hipofisiarios: estudio de siete casos. *Endocrinología y Nutrición* 2005; 52: 152-156.
5. Soto R, Quintana L, Vega R. Absceso pituitario. *Revista Chilena de Neurocirugía*, 39, 2013; 65-68.
6. Ford J, Torres LF, et al. Recurrent sterile meningitis caused by pituitary abscess. *Postgrad Med J.* 1986; 62: 929-931.
7. Escosa-Bagé M, Sola RG. Absceso hipofisiario tras la extirpación de un adenoma de hipófisis. *Revista de Neurología;* 2004; 39 (8): 776-777.
8. Domingue JN, Wilson CB. Pituitary abscesses. Report of seven cases and review of the literature. *J. Neurosurgery*, 1977; 46: 601-608.
9. Jain KC, Varma A, Mahapatra AK. Pituitary abscess: a series of six cases. *Br J Neurosurg* 1977; 11: 139-143.
10. Liu F, Li G, Yao Y, et al. Diagnosis and management of pituitary abscess: Experiences from 33 cases. *Clin. Endocrinol.* 2011;74: 79-88.
11. Dalan R, Leow MK. Pituitary abscess: Our experience with a case and review of the literature. *Pituitary*, 2008; 11: 299-222.
12. Zhang X, Sun J, et al. Diagnosis and minimally invasive surgery for the pituitary abscess: A review of twenty nine cases. *Clin Neurol Neurosurg.* 2012; 114: 957-961.
13. Kuge A, Sato S, et al. Abscess formation associated with pituitary adenoma: A case report: Changes in the MRI appearance of pituitary adenoma before and after abscess formation. *Surg Neurol Int.* 2011; 2: 3.
14. Nattero L, Luque-Ramírez M, et al. Hiponatremia recurrente como característica presente en los abscesos de pituitaria: caso clínico. *J Endonu.* 2010; 12: 3-125.
15. Ramiro Candia R, et al. Absceso hipofisiario: presentación de 2 casos y revisión de la literatura. *Endocrinol Nutr.* 2014. [Http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.11.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.11.004)
16. Kroppenstedt SN, et al. Secondary abscess formation in pituitary adenoma after tooth extraction. *J neurosur.* 2001; 94: 335-338.
17. Scaranini M, Cervellini P, et al. Pituitary abscesses: report of two cases and review of the literature. *Acta Neurochir.* 1980; 51: 209-217.
18. García-Casasola G, et al. Absceso hipofisiario. Revisión a propósito de un caso. *Endocrinología.* 1992; 39: 189-191.
19. Selosse P, Mahler C, Klaes RL. Pituitary abscess. Case report. *J neurosurg.* 1980; 53: 851-852.
20. Sabbah P, et al. CT and MRI findings in primitive pituitary abscess: a case report and review of literature. *J Neuroradiol.* 1999; 26: 196-199.
21. Dutta P, Bhansali A, Singh P, et al. Pituitary abscess: Report of four cases and review of literature. *Pituitary* 2006; 9: 267-273.
22. Shirakawa J, et al. Pituitary abscess with Panhypopituitarism Showing T1-Signal Hyperintensity of the Marginal Pituitary Area: A non-invasive Differential Diagnosis of Pituitary Abscess and Pituitary Apoplexy. *Inter Med* 2009; 48: 441-446.
23. Mohr PD. Hypothalamic-pituitary abscess. *Postgraduate Medical Journal*, July 1975; 51: 468-471.
24. Máikel L. Colli, et al. Absceso Hipofisiario Simulando Apoplexia. *Arq Bras Endocrinol Metab* vol 50 n° 6 Dezembro 2006; 1122-1126.
25. Rama Wallia, et al. An uncommon cause of recurrent pyogenic meningitis: pituitary abscess. *BMJ Case Reports* 2010; doi: 10.1136/bcr.06.2009.1945.

Correspondencia a:

Dr. Eduardo Ortega Ricci

Profesor Asociado, Instituto de Neurociencias Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

ortegaricci@gmail.com