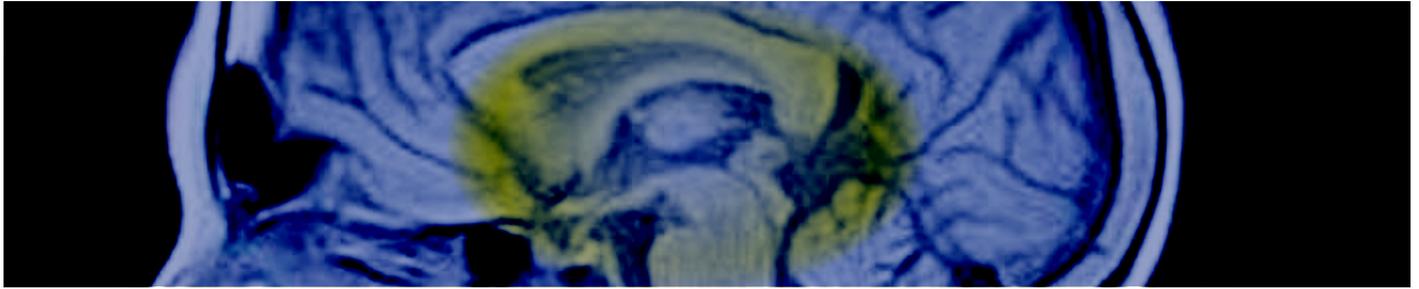


Reporte de caso



ARACNOIDOCELE SELAR COMO CAUSA DE HIPONATREMIA SEVERA

SELAR ARACHNOIDOCELE AS CAUSE OF SEVERE HYPONATREMIA

Md. Valquiria Ambuludí A. ¹; Md. Rocio Imaicela N. ²;
Md. Patricio Prieto M. ³; Dr. Juan Valdivieso A ⁴.

¹ Servicio Clínica. Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso, Loja, Ecuador.

Fecha recepción: 08-02-2023

Fecha aceptación: 26-03-2023

Fecha publicación: 25-04-2023

RESUMEN

El término ‘silla turca vacía’ o aracnoidocele ha sido definido como la herniación del espacio subaracnoideo dentro de la silla turca, asociado con elongación del tallo y aplanamiento de la glándula hipofisaria contra el piso selar ^{(1) (2)}. En el caso del hipopituitarismo como causa de aracnoidocele, las manifestaciones clínicas dependen del aumento o disminución de la producción de hormonas, lo que lleva a la aparición de trastornos hidrominerales severos como la hiponatremia ⁽³⁾. Se presenta caso de mujer de 54 años con antecedente de diabetes *mellitus* tipo 2, acude por vómitos, astenia, deposiciones diarreicas, se suma convulsión tónico clónica. A su ingreso con hiponatremia severa, en hospitalización se diagnostica de hipopituitarismo. Se realizó una resonancia magnética nuclear simple y contrastada se diagnostica de aracnoidocele selar grado III.

PALABRAS CLAVE:

hiponatremia,
aracnoidocele, selar.

1. E-mail: valquiriaambuludi@gmail.com

 ORCID iD: 0009-0004-2285-8435

2.  ORCID iD: 0009-0009-1452-524X

3.  ORCID iD: 0000-0002-3002-1000

4.  ORCID iD: 0009-0004-7041-402X

ABSTRACT

The term empty sellar turcica or arachnoidocele has been defined as herniation of the subarachnoid space within the sella turcica, associated with elongation of the stalk and flattening of the pituitary gland against the sellar floor ⁽¹⁾ ⁽²⁾. In the case of hypopituitarism, as a cause of arachnoidocele, the clinical manifestations depend on the increase or decrease in the production of hormones, which leads to the appearance of severe hydromineral disorders such as hyponatremia ⁽³⁾. The case of a 54-year-old woman with a history of type 2 diabetes mellitus is presented; He comes due to vomiting, asthenia, diarrheal stools, and a tonic-clonic seizure. Upon admission with severe hyponatremia, in hospital he was diagnosed with hypopituitarism. A simple and contrasted nuclear magnetic resonance was performed and a grade III sella arachnoidocele was diagnosed.

KEYWORDS:

Keywords: hyponatremia, arachnoid cyst.

INTRODUCCIÓN

En un estudio retrospectivo en pacientes que se realizaron RMN en un departamento de imagen, se reveló que, de manera incidental, se reportaron en el 1,94% de los usuarios quistes aracnoideos con diferentes niveles de afectación en los ejes hormonales; aunque estadísticamente se evidenció mayor prevalencia en mujeres ⁽⁴⁾, algunos otros estudios registran prevalencia entre el 2% y el 20 ⁽⁵⁾.

En la literatura se describen dos tipos de silla turca vacía (STV). Es denominada secundaria cuando consta el antecedente de una lesión hipofisaria que ha sido tratada, ya sea mediante cirugía, radioterapia o medicamentos. Se conoce como STV primaria cuando no existe alguno de estos antecedentes, con la consecuente invaginación del espacio subaracnoideo, denominándose arachnoidocele intraselar. En el Hospital Regional Gabriel Mancera, en ciudad México, la incidencia del arachnoidocele intraselar fue de 127 casos, los cuales fueron estudiados y, como resultado, el sexo femenino fue el más afectado para una relación 5/1, solo el 2,0% presentaron manifestaciones visuales y el 4,2% endocrinológicas. En Argentina, de 37 casos diagnosticados, el 97,0% fueron mujeres, el 85,0% diagnosticadas por resonancia, el 48,0% incidentales, 12,0% por cefa-

lea, 12,0% por alteraciones visuales, 6,0% con alteraciones visuales y el 22,0% por sintomatología endocrina. En el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, en La Habana, se realizó un estudio que identificaba al arachnoidocele con una incidencia de 24,3% en 103 pacientes con manifestaciones oftalmológicas de diversa índole ⁽⁶⁾. Este es un hallazgo común en autopsias y exámenes de neuroimagen de 5,5 a 35% ⁽⁷⁾.

La STVP ha sido asociada con obesidad en diferentes publicaciones. Se cree que la obesidad mórbida puede inducir hipercapnia, la cual estaría relacionada con la elevación crónica de la presión de LCR, e inducir la herniación del espacio subaracnoideo supraselar. La cefalea es uno de los síntomas más predominantes en esta entidad, siendo reportada entre el 60 % al 80 % de los casos. A su vez, es el síntoma más usual por el cual se realizan los estudios de imágenes con el consiguiente hallazgo incidental en muchos de los casos de STVP ⁽¹⁾. Si bien la mayoría de pacientes que tienen síndrome de silla turca vacía, suele ocurrir sin antecedente de patología hipofisaria previa, como en hallazgos de autopsia en población asintomática. Suele ser un hallazgo común radiográfico en >50% de la población adulta ⁽⁸⁾.

PRESENTACIÓN DE CASO

Femenina 54 años, agricultora, procedente de Gonzanamá-Loja, diabética en tratamiento con metformina 500 mg diarios, acude por vómito de contenido alimentario por 5 ocasiones en moderada cantidad, precedido de náuseas, asume como causa aparente ingesta de productos de Herbalife (proteína personalizada) (3 medidas diarias por dos días), sumado a astenia que progresa a encamamiento. A las 48 horas, presenta por dos ocasiones convulsiones tónico clónicas generalizadas de 5 minutos de duración con relajación de esfínter vesical; niega dolor abdominal, cefalea, cianosis periférica, deposiciones diarreicas, acude a clínica particular, permanece hospitalizada 5 días con medicación en-

dovenosa, se suma fiebre, solicitan alta médica y acuden a esta casa de salud.

Al examen físico, registra las siguientes constantes vitales: TA: 100/60 mmhg FC: 60 lpm, FR: 19 x min, satO₂: 93% con fio₂ al 21%, se encuentra a paciente bradipsíquica, bradilálica, con signos de deshidratación moderada, cardiopulmonar normal a su ingreso, se realizan estudios de laboratorio registrando biometría hemática: leucocitos: 5.30; neutrófilos: 2.56; linfocitos: 2.34; glóbulos rojos: 4.06; hemoglobina: 12.2; hematocrito: 36.8; plaquetas: 281, HBA1C: 8.52 TSH 1,65 mIU/L, ft4 0,33, K 3,6 mmol/L. NA120mmol/L., urea: 5, creatinina: 0.79. Tac de encéfalo: sin alteraciones.



SEGUIMIENTO: Es ingresada a servicio de medicina interna por desequilibrio hidroelectrolítico secundario a hipovolemia por deshidratación, se inicia reposición de electrolitos endovenosos, no se logra conseguir niveles adecuados de sodio, se completa estudios con reporte de ft4 y ft3 bajas, tsh normal, fsh baja lh baja (posmenopausia), testosterona baja, persiste alteración neuropsiquiátrica, se interconsulta a neurología y endocrinología. Adicionalmente, solicitan completar estudio con resonancia simple y contrastada de encéfalo y silla turca indica quiste aracnoideo grado IV, se concluye como

impresión diagnóstica hipopituitarismo que mejoró con la administración de terapia de sustitución hormonal (levotiroxina y prednisona), lo cual elevó los niveles de sodio, ceden alteraciones neuropsiquiátricas, mantiene perfiles glucémicos óptimos con esquema de insulino-sensibilizadores, en condición de alta.

Al mes de egreso, se da seguimiento por consulta externa, con reporte de laboratorio de control NA: 135 MEQL, TSH: 1,54, T4: 2.08 Cortisol: 6.75, glucosa cuantitativa: 112 mg/dl.



DISCUSIÓN

El reporte de silla de turca vacía va alrededor del 1,9%⁽⁴⁾, otros registran prevalencia del 2 al 20%⁽⁵⁾. Al realizar un análisis sobre los informes de síndrome de silla turca vacía y la presencia de sintomatología y alteración neuroendocrinológica que va a requerir manejo interdisciplinario⁽⁹⁾, como en el caso de la paciente.

Por otra parte, se ha dado a conocer que la prevalencia de trastornos hormonales se registra con mayor frecuencia en el género femenino, con perfil de riesgo cardiovascular más alto⁽⁵⁾, usualmente el registro de alteraciones endocrinológicas se reporta en 22,0% de los casos⁽⁶⁾, debido, generalmente, a la compresión del tejido hipofisario⁽⁹⁾; se han descrito alteraciones neurológicas como convulsiones, cefalea, con un porcentaje del 40%⁽⁹⁾.

Es importante considerar que, al existir deficiencias hormonales, se recomienda iniciar tratamiento hor-

monal sustitutivo con hidrocortisona, de preferencia, seguido de levotiroxina, como se realizó con nuestra paciente⁽⁹⁾.

Para el diagnóstico de la región selar, la resonancia magnética constituirá el estudio ideal por su especificidad y sensibilidad en comparación con estudios tomográficos, considerando que permite evidenciar con mayor detalle la morfología de la lesión e incluso diferenciar las distintas partes hísticas del tumor después del uso de contraste endovenoso con gadolinio⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIONES

- La resonancia magnética cumple un factor decisivo al realizar estudio de la región selar en relación con estudios de tomografía.
- Al existir algunas deficiencias hormonales, se debe considerar el inicio de terapia de sustitución hormonal acorde con los ejes afectados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guitelman GBN. Silla turca vacía primaria (STVP): estudio de 117 casos. Rev argent endocrinol metab. marzo de 2011;48(julio 2011):143-8
2. Chiloiro S, Giampietro A, Bianchi A, De marinis L. iEmpty sella syndrome: Multiple endocrine disorders. En: Dick F. Swaab , Ruud M. Buijs , Paul J. Lucassen , Ahmad Salehi , Felix Kreier, editor. Handbook of Clinical Neurology. Oxford, Inglaterra: Elsevier Advanced Technology; 2021. p. 29-40.
3. García V, Águila H, Alomá D. Aracnoidocele selar como causa de hiponatremia severa. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista Finlay. septiembre de 2017; Número 3:214-8.
4. Debnath J, R. Ravikumar, Brig. “Sela vacía” en estudios de resonancia magnética de rutina: ¿un hallazgo incidental o no? Armed Forces Medical Services. 30 de Diciembre 2015;72:33-7.
5. Matthias K. Auer, Mareike R. Stieg, Alexander Crispin, Caroline Sievers, Günter K. Stalla, Anna Kopczak. Primary Empty Sella Syndrome and the Prevalence of Hormonal Dysregulation. Medicine. 2018;99-105.
6. Martínez J. LCCRIÁC. Incidencia del aracnoidocele intraselar primario por resonancia magnética. Facultad de Tecnología de la Salud. 2017;8:34-9
7. Franco CCV. Hiponatremia asociada a hipopituitarismo en síndrome de silla turca vacía. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. marzo de 2020;7:134-40.
8. Michael C. Oh and Manish K. Aghi. Empty sella syndrome. En: Pituitary Disorders Diagnosis and Management. Canada: Wiley Blackell; 2013. p. 77-86.
9. S Chiloiro , A Giampietro , A Bianchi , T Tartaglione , A Capobianco. Diagnóstico de la enfermedad endocrina: silla turca vacía primaria: una revisión exhaustiva. European Journal of Endocrinology. 2017;177:1-27.
10. Fernández C PET. Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la silla turca vacía. Medicine. 2016;871-4

Como citar el presente artículo:

Ambuludí V, Imaicela R, Prieto P, Valdivieso J. Aracnoidocele selar como causa de hiponatremia severa. Reporte del caso. Indexia. Abril 2023.