

Suplemento

Síndrome de interrupción

del tallo hipofisario: reporte de un caso

Pituitary stalk interruption syndrome: a case report

Recibido: 24-11-2021 **Aceptado:** 01-01-2022 **Publicado:** 31-05-2022

DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol30/Suppl1/2022/11-13>

Revista **MetroCiencia**
Volumen 30, Suppl 1, 2022
Editorial Hospital Metropolitano

Síndrome de interrupción del tallo hipofisario: reporte de un caso

Pituitary stalk interruption syndrome: a case report

Introducción

El síndrome de interrupción del tallo hipofisario es una entidad rara cuya incidencia es de 0.5 en 1 millón¹. Se caracteriza por tallo hipofisario delgado, neurohipófisis ectópica y adenohipófisis pequeña con déficit permanente de la hormona de crecimiento². Los síntomas incluyen talla corta, convulsiones y puede progresar hasta panhipopituitarismo.

Esta patología fue descrita por primera vez por Fujisawa³ en 1987. Esta entidad es debida a mutaciones de los genes implicados en la embriogénesis de la pituitaria (PROP1, LHX3, HEXSX1, PROKR2 y GPR161)⁴.

El presente trabajo es un estudio observacional con revisión de la literatura médica. Este reporte de caso fue recogido de la base de datos de imágenes del Hospital Metropolitano, RIS-PAC, en octubre de 2021.

Resumen

Se trata de una paciente de 29 años con epilepsia focal desde la niñez y amenorrea de larga data. Dentro de los exámenes paraclínicos presenta una hormona de crecimiento disminuida (0,5ng/ml) y hormona foliculo estimulante disminuida (1 IU/L).

Se realiza una RM cerebral donde se evidencia adelgazamiento del infundíbulo, adenohipófisis pequeña y neurohipófisis localizada en el tuber cinereum.

Hipófisis normal: Grosor del infundíbulo a la altura del quiasma óptico: 3mm, Altura de la adenohipófisis mujer adulta no grávida: 9mm.

Hipófisis de la paciente: Grosor del infundíbulo, 1.2 mm, altura de la adenohipófisis: 5mm.

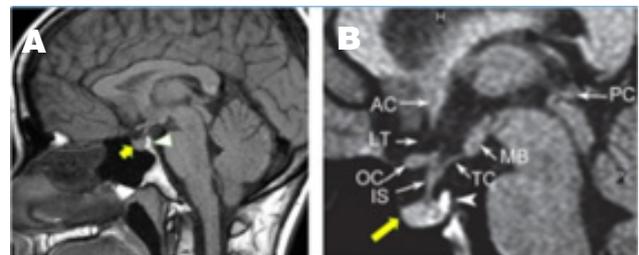


Figura 1. (a,b) Resonancia magnética T1, corte sagital de una hipótesis normal. Nótese la hiperintensidad de la neurohipótesis (cabeza de flecha). Adenohipófisis (flecha amarilla), TC (tuber cinereum), IS (infundíbulo), OC (quiasma óptico), MB (cuerpos mamilares), LT (lamina terminalis), PC (comisura posterior)

Fuente: Los autores

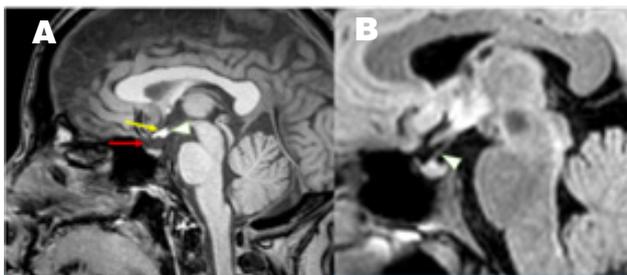


Figura 1. a) Resonancia magnética T1, corte sagital neurohipófisis ectópica (cabeza de flecha) que se ubica a nivel del tuber cinerum (flecha amarilla), y adenohipófisis (flecha amarilla). **b)** Resonancia magnética T2 FLAIR, corte sagital donde se evidencia un tallo hipofisario adelgazado (cabeza de flecha 1.2 mm).

Fuente: Los autores

Conclusiones

Aunque es una patología rara, es importante considerar este diagnóstico dentro de los diferenciales que incluyen tallo hipofisario delgado o ausente como causa alteraciones endocrinas de origen central. Un diagnóstico temprano en la infancia y suplementación hormonal es esencial para evitar las complicaciones descritas en la edad adulta.

Bibliografía

1. **Gutch M, Kumar S, Razi S, Saran S, Gupta K.** Pituitary stalk interruption syndrome: Case report of three cases with review of literature. *Journal of Pediatric Neurosciences*. 2014;9(2):188.
2. **Bar C, Zadro C, Diene G, Oliver I, Pienkowski C, Jouret B et al.** Pituitary Stalk Interruption Syndrome from Infancy to Adulthood: Clinical, Hormonal, and Radiological Assessment According to the Initial Presentation. *PLOS ONE*. 2015;10(11):e0142354.
3. **Gosi S, Kanduri S, Garla V.** Pituitary stalk interruption syndrome. *BMJ Case Reports*. 2019;12(4):e230133.
4. **Van der Linden A, van Es H.** Case 112: Pituitary Stalk Transection Syndrome with ectopic Posterior Pituitary Gland. *Radiology*. 2007;243(2):594-597.

Ariel Díaz

Médico Residente de Imagenología

Hospital Metropolitano, Quito, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0001-9863-6901>

Lennyn Albán León

Médico Tratante Imagenología

Hospital Metropolitano, Quito, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0002-6184-6961>

Cómo citar: Díaz A, Albán L. Síndrome de interrupción del tallo hipofisario: reporte de un caso. *MetroCiencia [Internet]*. 30 de mayo de 2022; 30(Suppl 1):11-13.
<https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol30/Suppl1/2022/11-13>