

HIPOPITUITARISMO

Judith López-Fernández. Departamento de Medicina. Universidad de La Laguna. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.
 José G. Oliva García. Departamento de Medicina. Universidad de La Laguna. Servicio de Endocrinología y Nutrición. H.U. Nuestra Sra. de Candelaria. Tenerife.
 Beatriz Gómez Álvarez. Departamento de Medicina. Universidad de La Laguna. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

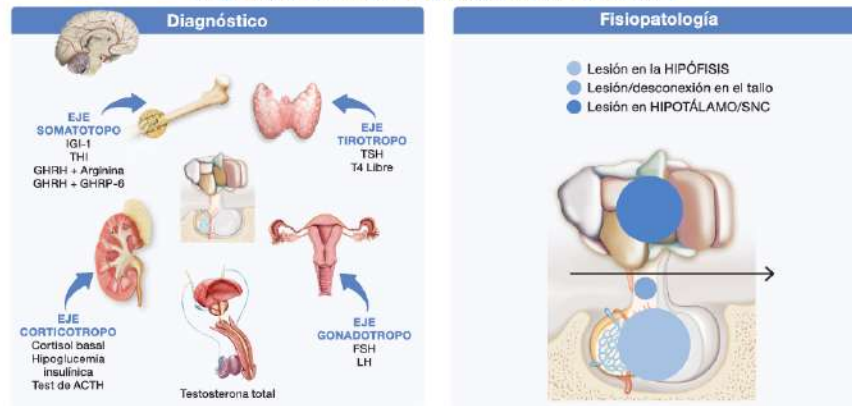
Introducción

Síndrome clínico que resulta de la hipofunción de la hipófisis anterior y/o posterior:

- Panhipopituitarismo: déficit global de todos los ejes hormonales.
- Deficiencia hipofisaria aislada: solo un eje afectado.

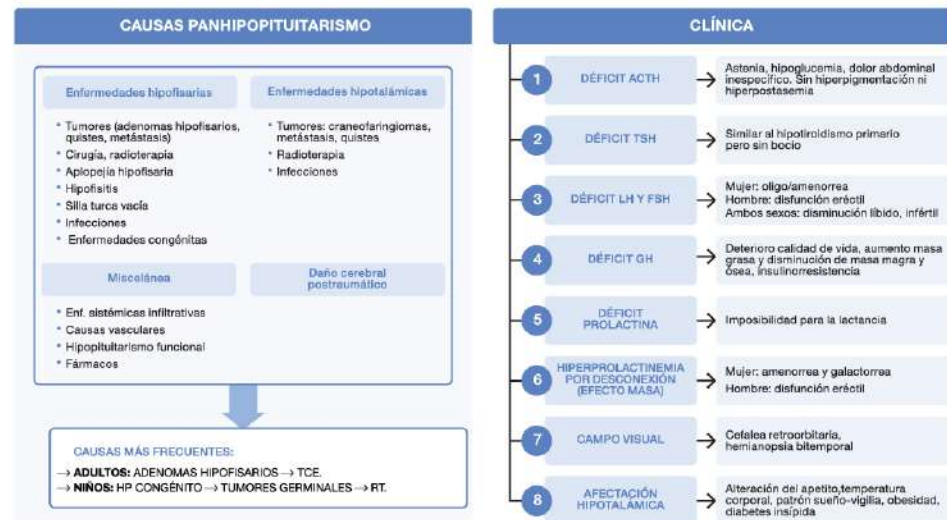
Diagnóstico

Diagnóstico: hormonal + RM (v. capítulo correspondiente).



Cortisol basal	• Cortisol < 3 µg/dl (100 nmol/l) con ACTH normal o baja: diagnóstico concluyente de IS secundaria. No son necesarias pruebas de reserva • Cortisol ≥ 15 µg/dl (500 nmol/l) sin situación de estrés: se excluye hipocortisolismo • Cortisol entre 3 y 15 µg/dl: necesidad de realizar pruebas dinámicas
Hipoglucemia insulínica (THI)	• Test de referencia: 0,05-0,15 UI/kg para producir glucemia < 40 mg/dl (generalmente en 20-30 min) • Determinación de glucemia y cortisol en tiempos 0, 15, 30, 45, 60 y 120 min. Respuesta normal: cortisol > 18 µg/dl • Contraindicaciones: cardiopatía isquémica, antecedentes de convulsiones y ancianos (> 65 años)
Test de ACTH	• 250 µg o 1 µg i.v. de ACTH • Determinaciones de cortisol en tiempos 0, 30 y 60 min. Respuesta normal: pico de cortisol > 18 µg/dl • Esperar al menos 6 semanas después de cirugía de hipófisis (déficits parciales pueden dar respuestas falsamente normales) • Menor riesgo: suele ser el test de inicio y, en caso de resultados no concluyentes, se solicita THI
T4 libre	• Bajo para el rango de referencia del laboratorio
TSH	• Baja o inapropiadamente normal para cifras de T4 libre. Puede estar ligeramente alta (por secreción de hormona biológicamente inactiva)
Testosterona total	• Baja: < 2,88-3,46 ng/ml (10-12 nmol/l)
LH, FSH	• Inapropiadamente normales o bajas • Se descarta hipofunción en mujeres con reglas cíclicas y en hombres con testosterona normal (no es necesario determinar gonadotropinas) • Siempre hay que descartar hiperprolactinemia ante un hipogonadismo hipogonadotropo
IGF-1	• Bajo o normal. No es útil como cribado
THl	• GH ≤ 3 µg/l en adultos; GH ≤ 10 µg/l en niños; GH ≤ 5 µg/l en fase de transición
GHRH + arginina	• GH ≤ 11 µg/l (IMC < 25); GH ≤ 8,0 µg/l (IMC=25-30); GH ≤ 4 µg/l (IMC ≥ 30).
Glucagón	• GH ≤ 3 µg/l (adultos)

Enfoque terapéutico



Tratamiento

LA CLÍNICA DEPENDERÁ DE:

- Eje(s) hormonales afecto(s)
- Patología de base (etiología)
- Lugar de la lesión (hipófisis/ tallo/ hipotálamo)

- Edad de comienzo (niño vs. adulto)
- Velocidad de instauración. Agudo (URGENCIA VITAL) vs. crónico (síntomas larvados y poco específicos: astenia, hipotensión, hipoNa)



ORDEN SECUENCIAL DE TRATAMIENTO 1 → 2 → 3 → 4