

NEOPLASIA DE MAMA AVANZADA Y DIABETES INSÍPIDA CENTRAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Aguilar Adame. ML, Rico Alonso, R. Bada Gutierrez. L, Alvarez Gomez. D

INTRODUCCIÓN

La diabetes insípida central es un síndrome derivado de la disminución de la secreción hipofisaria de vasopresina. Se manifiesta con poliuria e intensa polidipsia compensadora. El diagnóstico definitivo se consigue con la realización del test de deshidratación de Miller. Entre sus causas encontramos la cirugía, infección, inflamación, TCE y tumores.

Los tumores primarios que con mayor frecuencia provocan metástasis en la hipófisis son por orden: mama, pulmón y digestivo. Representan un 1% y suelen detectarse casualmente en la autopsia, pero un 7% de ellas se manifiestan como diabetes insípida.

La Resonancia Magnética es de gran ayuda para el diagnóstico etiológico, aunque no diferencia entre lesiones metastásicas y adenomas, hay características como son el engrosamiento del tallo hipofisario, la invasión del seno cavernoso o la esclerosis de la silla turca que orientan a el origen metastásico con clínica compatible. El diagnóstico definitivo se obtiene con el estudio anatomopatológico.

En lesiones únicas puede valorarse cirugía o radiocirugía, siendo el tratamiento en los demás casos radioterapia intención paliativa.

Para llegar al diagnóstico es fundamental sospechar afectación hipofisaria de probable etiología metastásica, especialmente en pacientes con clínica brusca de diabetes insípida y oftalmoplejía de rápida evolución.

CASO CLÍNICO

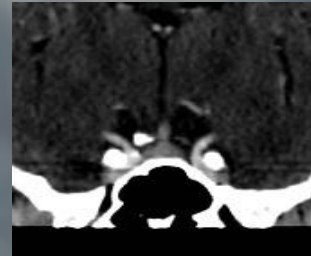
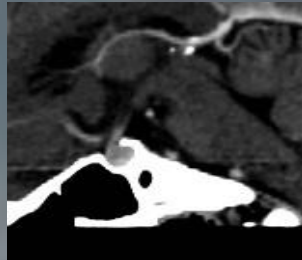
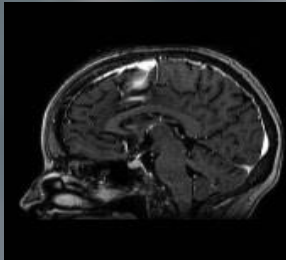


Paciente de 41 años diagnosticada, en diciembre de 2012 de carcinoma ductal infiltrante SBR-III en mama derecha, triple positiva, estadio T3N1M0. Sometida a terapia adyuvante (QT-RT). En abril 2018 presenta estadio IV por metástasis hepáticas, pulmonares y cerebrales.

La clínica muestra polidipsia y poliuria de hasta 8 litros diarios de dos meses de evolución, lo que condiciona hiporexia, pérdida ponderal y signos de desnutrición, en relación a sensación de plenitud gástrica e importante pérdida de calidad de vida, por necesidad de ingesta hídrica y micción espontánea.

Pese a la sospecha de SIADH, no se realizó el test de Miller por las posibles complicaciones asociadas a la situación vital del paciente.

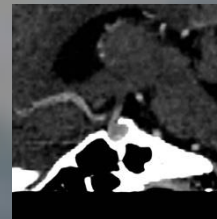
Se realizó TAC y RMN cerebrales donde se apreciaban signos sugestivos de lesión hipofisaria de posible origen metastásico, dada la historia clínica de la paciente



Secuencias de TAC sagital y coronal con contraste iv donde se aprecia un cierto engrosamiento del tallo hipofisario.

En la secuencia de RM T1 FATSAT con saturación de la grasa sin contraste se observa ausencia de la hiperseñal posterior hipofisaria, hallazgo observado en los casos de diabetes insípida central.

En la secuencia de RM T1 con contraste iv, dado que la hipófisis no está cubierta de barrera hematoencefálica, se aprecia un realce precoz y homogéneo en el que contrasta primero el tallo, de forma cráneo-caudal, hasta homogeneizarse.



Secuencias de la RM T1 sin y con contraste iv.

Se administró radioterapia paliativa holocraneal en abril de 2018. Alcanzando una dosis total de 30 Gy en 10 sesiones.

Durante el tratamiento presentó pérdida de peso y signos de desnutrición, por lo que se administró tratamiento con suplementos nutricionales.

A la semana de finalizar la radioterapia desapareció la clínica de diabetes insípida central, con la consiguiente normalización de las actividades de la vida diaria.