

Silla turca vacía

Laura Otero Gómez

MIR II MFyC CHUVI

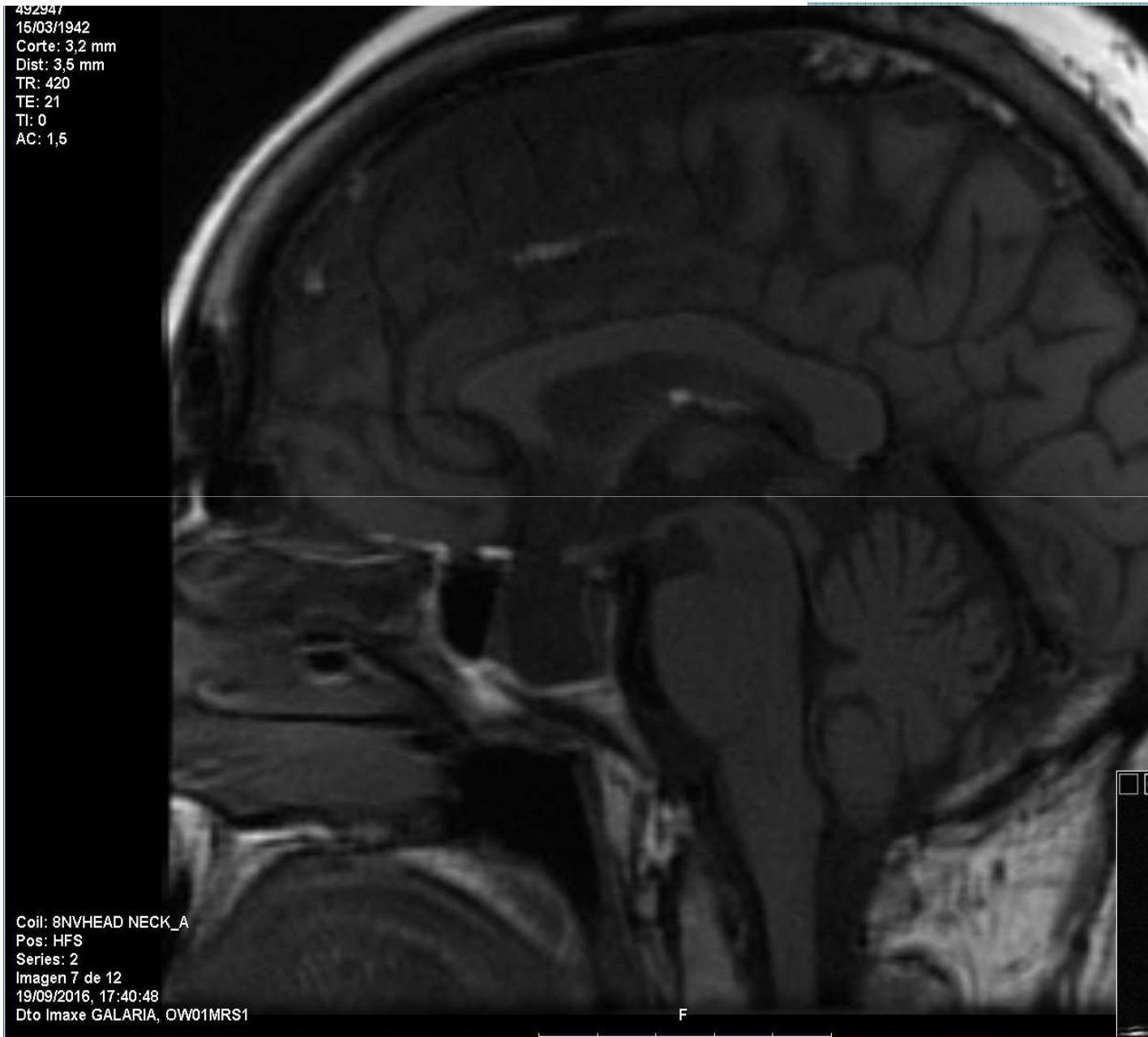
Mayo 2016

Caso clínico

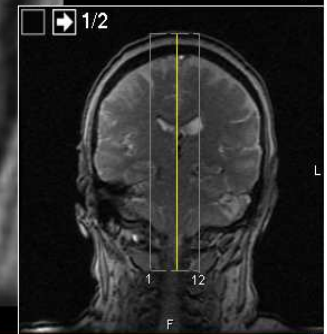
- Mujer de 73 años.
- NAMC. Dos hijos. Trabajó en un comercio.
- Obesidad de larga evolución. HTA de unos 6-8 años de evolución.
- Menopausia a los 52 años con escasos sofocos. Ciclos menstruales regulares siempre.
- Valorada en ORL por sensación obstrucción sin rinorrea y prurito nasal.
 - Exploración ORL (Otoscopia, orofaringe, nasofibroscopia, rinoscopia anterior) normal.
 - RX senos: ocupación maxilar bilateral.
 - TAC facial para descartar sinusopatía crónica...

492947
15/03/1942
Corte: 3,2 mm
Dist: 3,5 mm
TR: 420
TE: 21
TI: 0
AC: 1,5

C=1046,0, A=2092,0 1/3



Coil: 8NVHEAD NECK_A
Pos: HFS
Series: 2
Imagen 7 de 12
19/09/2016, 17:40:48
Dto Imaxe GALARIA, OW01MRS1



F

F

492947
15/03/1942
Corte: 3,2 mm
Dist: 3,5 mm
TR: 420
TE: 21
TI: 0
AC: 1,5

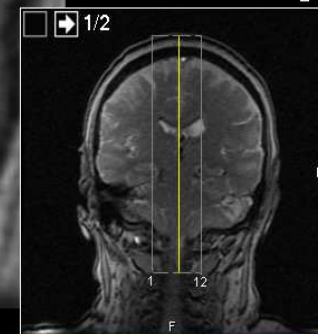
C=1046,0, A=2092,0 1/3

Silla turca vacía (STV) primaria en mujer
con HTA y obesidad grado II.

Déficit parcial de gonadotropinas.
Resto de función hipofisaria conservada.

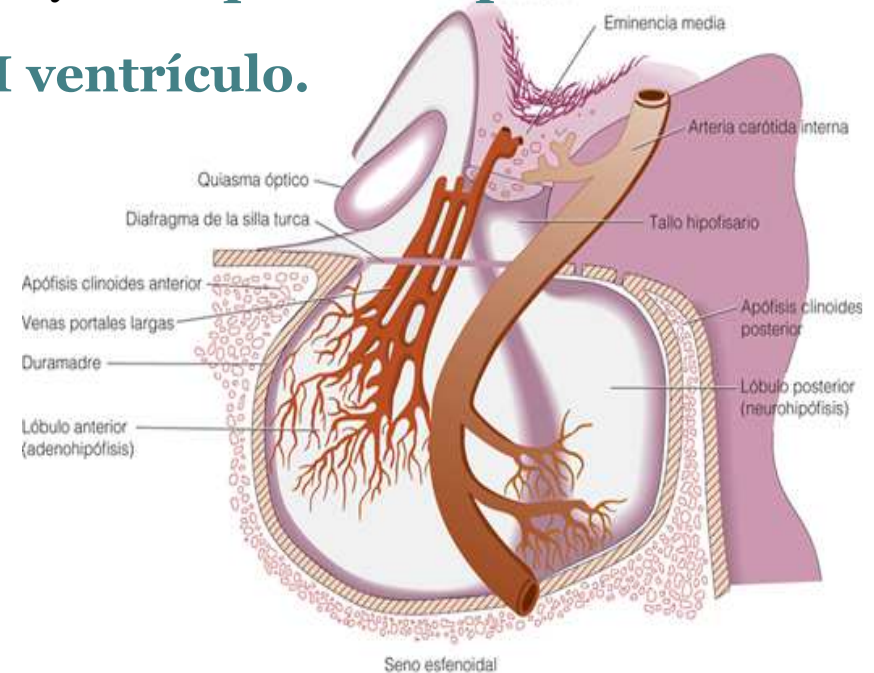
“Silla turca aumentada de tamaño ,
rellena de líquido y sin identificarse
claramente tejido glandular hipofisario.
No se delimitan masas hipofisarias”

Coil: 8NVHEAD NECK_A
Pos: HFS
Series: 2
Imagen 7 de 12
19/09/2016, 17:40:48
Dto Imaxe GALARIA, OW01MRS1



● Silla turca

- Depresión en forma de silla de montar en el cuerpo del hueso esfenoides que alberga la hipófisis (HF).
- Superior: **diafragma selar**
 - membrana derivada de duramadre.
 - apertura de 5 mm que permite el paso del tallo HF y vasos sanguíneos.
- Superior y ligeramente anterior a la apertura y tallo: **quiasma óptico**
- Superior al diafragma: **hipotálamo y III ventrículo.**
- Lateral: **senos cavernosos** con:
 - Aa carótidas internas y
 - Nn craneales (III, IV, ramas V1 y V2 del V, VI).
- Inferior, separado por delgada rama de hueso: **seno esfenoidal**





- **Silla Turca Vacía (STV)**

- Entidad neurorradiológica caracterizada por:
 - ST llena de líquido cefalorraquídeo (LCR) por herniación del espacio subaracnoideo a través del diafragma, con
 - ST normal o aumentada de tamaño con
 - Reducción /ausencia de tejido glandular hipofisario



● STV

Prevalencia STV:

- Del 8 al 35% en las autopsias y en los estudios radiológicos.
- + frecuente en
 - Edad adulta (de 40 a 60 años)
 - Mujeres
 - Hipertensos
 - Obesos



● STV

Dos tipos:

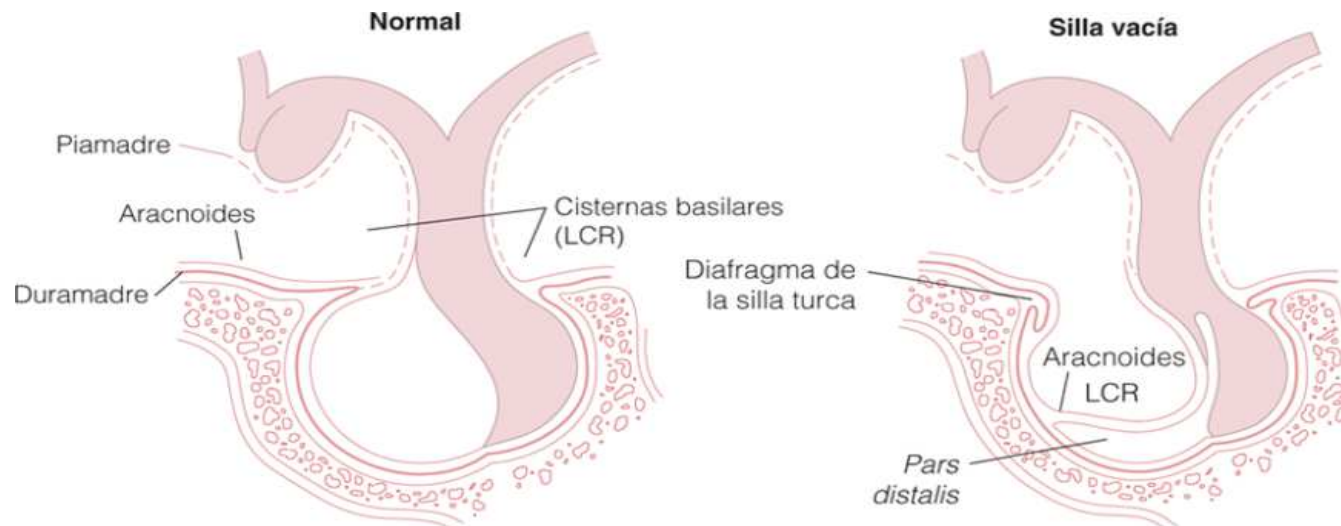
- STV primaria
- STV secundaria: Asociación con una enfermedad hipofisaria identificable.

Desde el punto de vista radiológico:

- **STV parcial:** LCR ocupa $< 50\%$ de la ST y espesor HF > 3 mm.
- **STV total/completa:** LCR ocupa $> 50\%$ y la HF es < 2 mm.

● STV Primaria

- Incompetencia congénita del diafragma de la ST.
- Causa + frecuente de ST agrandada.



● STV Primaria

- Aumento estable o intermitente de la **presión intracraneal** como en el *pseudotumor cerebri*.
- Cambios volumétricos HF como los observados en el **embarazo**: su volumen puede doblarse, particularmente en gestación múltiple.
Esto podría contribuir a la herniación del espacio subaracnoideo en caso de diafragma selar hipoplásico y/o hipertensión intracraneal (HTIC).
- **Obesidad** mórbida → hipercapnia acompañante puede ser causa de elevación crónica de la presión del LCR.
- DM tipo 2, HTA, ciertos fármacos ...

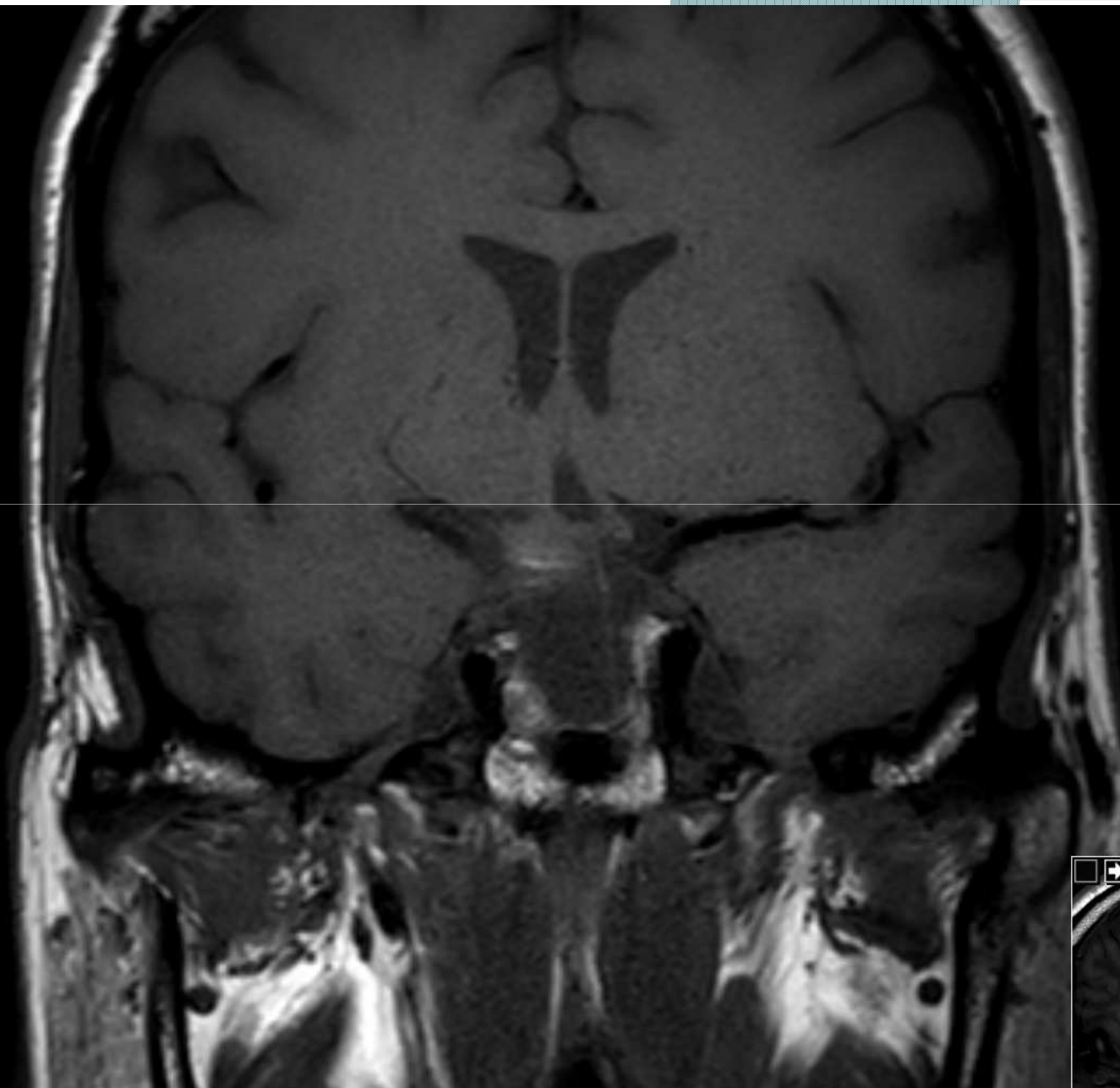


● STV Primaria

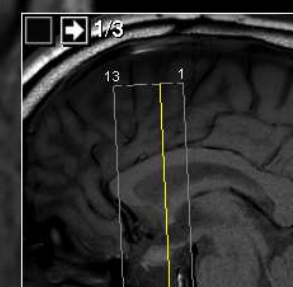
- Función HF normal tradicionalmente considerada preservada en la mayoría de casos de STVP. Según estudios más recientes, alteraciones HF frecuentes:
 - Hipopituitarismo parcial o total hasta en el 50%
 - Hiperprolactinemia en el 10%


7151
26/10/1985
Corte: 2,5 mm
Dist: 2,5 mm
TR: 450
TE: 15
AC: 2

C=1050,0, A=1826



Coil: MULTI COIL
Pos: HFS
Series: 801
Imagen 5 de 13



- 
- Varón con glioma del nervio óptico derecho de 6 cm, diagnosticado en 1992 a raíz de estrabismo brusco.
 - Extirpación parcial y RT holocraneal posterior con estabilidad tumoral hasta la actualidad.
 - STV y Panhipopituitarismo secundarios
 - Tratamiento sustitutivo de todos los ejes, incluido el somatotropo hasta el año 2006.
 - No síntomas de déficits hormonales con el tto sustitutivo y no datos de hiposomatotropismo.

● STV Secundaria

- **Apoplejía** HF (Involución/reducción volumen HF). Sd de Sheehan (Infarto HF postparto).
- Degeneración tumoral:
 - De forma espontánea por **necrosis** (sobretudo en tumores de Prl y GH) o
 - **Tratamiento farmacológico** de prolactinomas con agonistas dopaminérgicos o análogos de somatostatina en acromegalia, etc.
- Resolución de hipertrofia HF: **Tto de endocrinopatías primarias** como hipoTir 1º, enf de Addison, hipogonadismo hipergonadotropo o hipofisitis autoinmunitaria.
- **Cirugía de masas selares o supraselares.**
- **Radioterapia. Infección.**
- **HTIC:** Hidrocefalia, trombosis de senos cavernosos, *pseudotumor* cerebral, ICC, *cor pulmonale* crónico.

Manifestaciones clínicas

1. Asintomática. Diagnóstico casual ante una exploración radiológica realizada por otro motivo.
2. **Síndrome de STV**: STV + síntomas:
 - Incremento de la presión intracraneal.
 - **Cefalea**: síntoma + frecuente (60-80% de los casos). Frontal o bitemporal, Leve/moderada y suele ceder con analgesia habitual.
 - **Alteraciones visuales** (visión borrosa, dism AV, dism concéntrica de los CV, hemianopsia bitemporal, reducción de los CV con aumento de la mancha ciega...)
 - **Rinorrea** de LCR (en raras ocasiones)
 - **Papiledema, vértigo, convulsiones.**
 - **Zumbido** pulsátil de oídos: síntoma presente en la mayoría de los casos de HTIC idiopática → orienta al dx en pacientes con STV Primaria.

Manifestaciones clínicas

- Por alteraciones hormonales
 - **Hiperfunción:**
 - Adenomas hiperfuncionantes (a veces necrosis parcial)
 - + Compresión o estrechamiento del tallo HF (hiperprolactinemia)
 - **Hipofunción**
 - Déficit aislado. + en STV Parcial.
 - Múltiple- en ocasiones panhipopituitarismo. + en STV completa.

Déficit	Clínica
GH (H de crecimiento) 30-60% Hipogonadismo hipogonadotropo	Niños: Crecimiento disminuido. Adultos: Puede pasar desapercibido: Disminución de la capacidad de ejercicio Disminución de la masa magra Disminución de la sensación de bienestar
LH/FSH (Gonadotropinas) 6% Hipogonadismo hipogonadotropo	Mujer: ciclos anovulatorios, oligo/amenorrea Varón: disfunción eréctil. Atrofia testicular. Ambos sexos: disminución de la libido, infertilidad
TSH (H tiroestimulante) 1% Hipotiroidismo 2ario	Como HipoT 1º (intolerancia al frío, sequedad cutánea, embotamiento mental, bradicardia, estreñimiento, ronquera, anemia...) Pero menos grave normalmente, sin bocio y cambios mixedematosos poco comunes.
ACTH (corticotropina) 1% Hipoadrenalismo 2ario	Como en enf Addison (ISR1ª- debilidad, náusea, vómito, anorexia, pérdida peso, fiebre e hipotensión) excepto por ausencia de hiperpigmentación, deshidratación, disminución del Na e hiperK y menos tolerancia a la inestabilidad hemodinámica.
PRL (prolactina)	Amenorra, infertilidad
ADH (H antidiurética) <i>HF posterior</i> 1% D insípida central	Polidipsia y poliuria

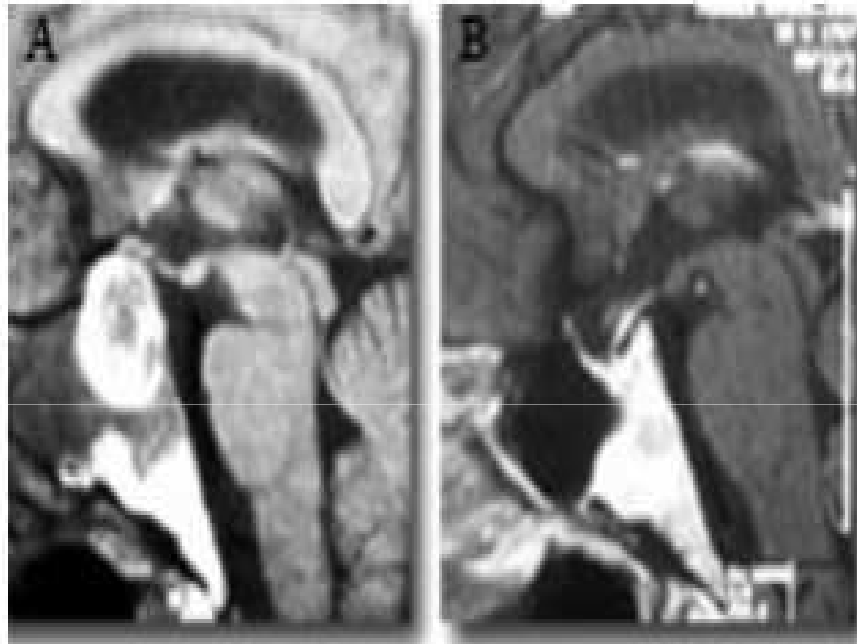


Figura 1. A: RM sagital de una apoplejia de un adenoma de hipófisis. B: RM del mismo paciente un año después: silla turca vacía, tras la resolución espontánea de la apoplejia.

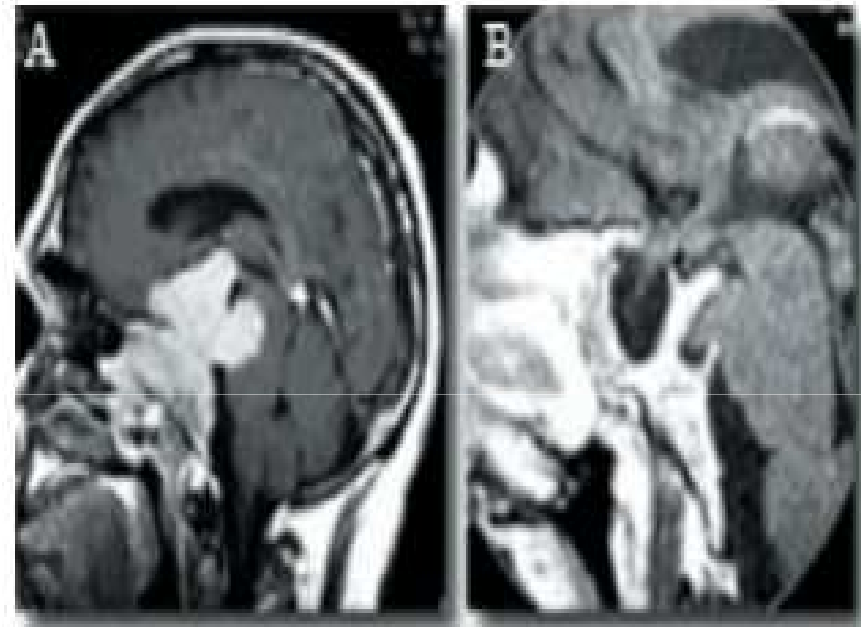


Figura 2. RM de un prolactinoma. A. Antes de iniciar tratamiento farmacológico. B. RM del mismo paciente, tras el tratamiento con dopaminérgicos: silla turca vacía secundaria.

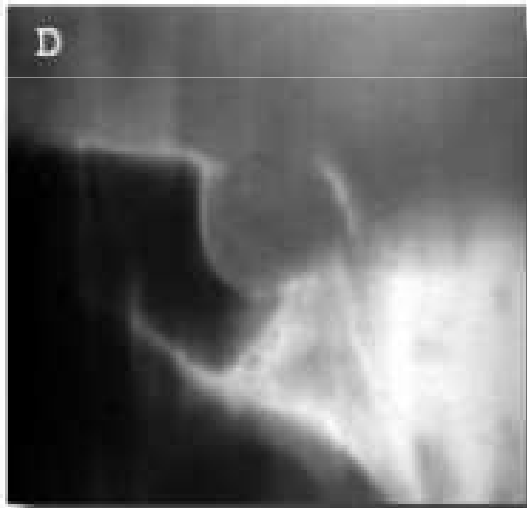


Figura 3. A: Rx simple lateral de cráneo: silla turca normal. B: STVP. Rx lateral de cráneo: silla agrandada y redonda. El dorso está adelgazado en su porción inferior, pero el extremo superior está bien definido. C: STVP. Tomografía medial de la silla turca: silla profunda, de paredes verticales y porción superior del dorso conservada. Imagen de doble suelo anterior, con la porción más deprimida bien marcada. D: STVP: erosión y desplazamiento, no habitual, de la porción inferior del dorso de la silla. Pero la parte superior permanece bien definida y la fosa mantiene una imagen "cerrada".

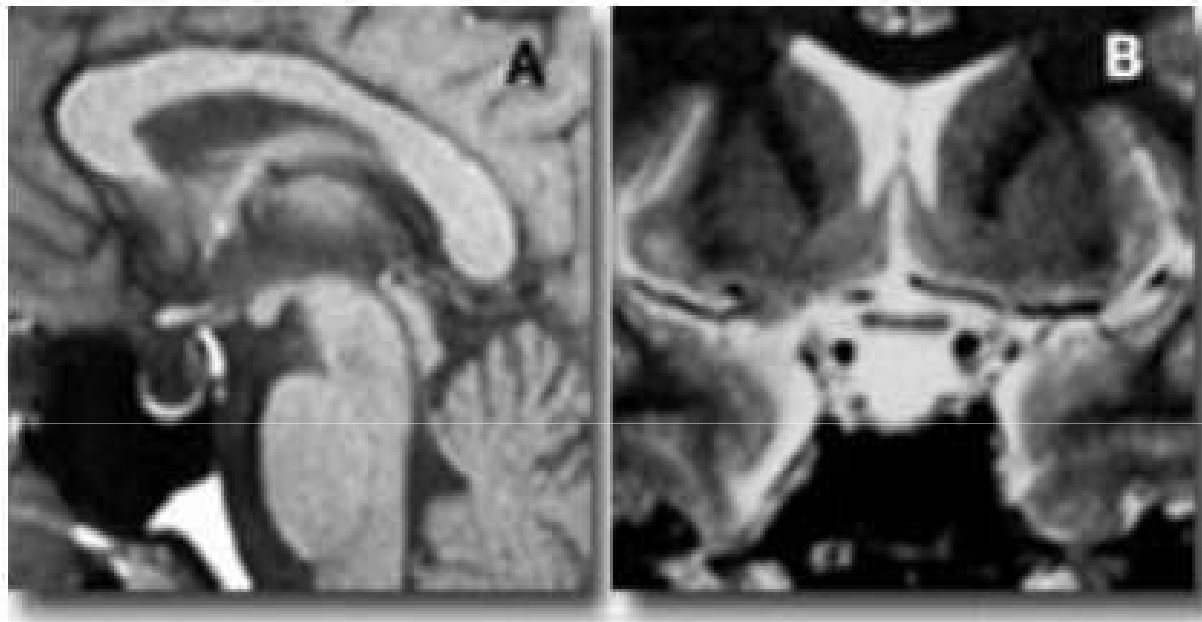
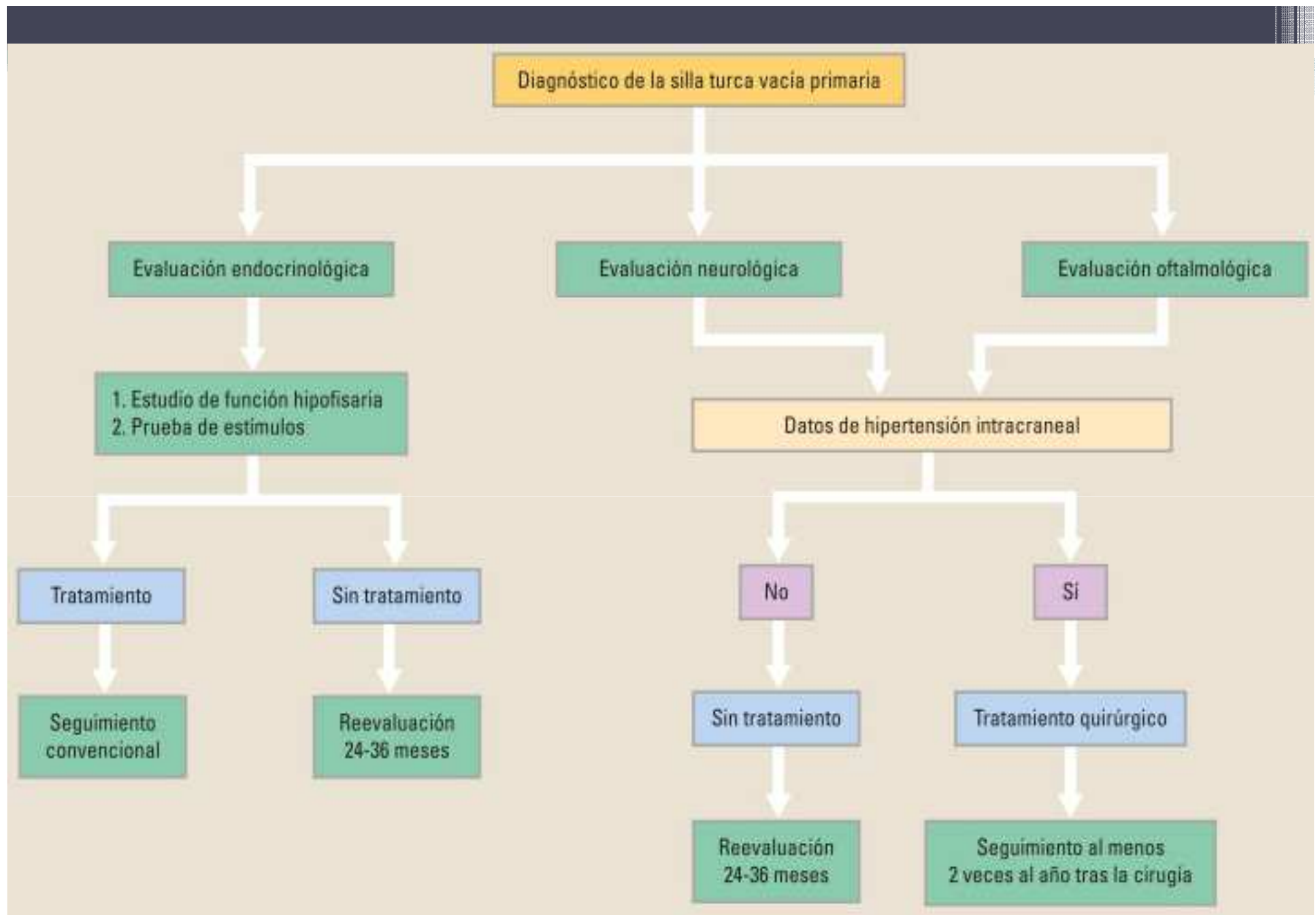


Figura 4. A: RM T1 sagital: el lcr de la cisterna de la base, se introduce en la silla turca. El tallo está acodado contra la porción superior del dorso de la silla. Existe una capa de adenohipófisis tapizando el fondo de su suelo. B: RM T2 coronal: el quiasma óptico, por encima de la emergencia de las arterias carótidas, tiene una morfología rectilínea. Las arterias cerebrales anteriores lo cruzan por encima.



Algoritmo de evaluación de la STV primaria. De: **Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la silla turca vacía**

BIBLIOGRAFIA

- *C. Fernández-Fernández, P. Escribano Taioli, E. Atienza Sánchez, C. Blanco Carrera* Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la silla turca vacía. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12 (15), 871-874. <https://doi.org/10.1016/j.med.2016.06.024>
- *J. González-Tortosa* . Silla Turca vacía primaria: clínica, fisiopatología y tratamiento. *Neurocirugía*. 2009. 20; 132- 152
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuro/v20n2/6.pdf>
- *Protocolo diagnóstico de la STV*
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211344908731734>
- *Hipopituitarismo*.<http://www.fisterra.com/mergullador.sergas.es:2048/guias-clinicas/hipopituitarismo/>
- *Javorsky BR, Aron DC, Findling JW, Tyrrell J. Hipotálamo y glándula hipófisis. Greenspan. Endocrinología básica y clínica, 9e New York, NY: McGraw-Hill; 2012.*
<http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1497§ionid=92779095>. Accessed mayo 20, 2017.