

Panipopituitarismo, non solo adenomi: un raro caso di tubercolosi ipofisaria

¹ Felicia Visconti, ¹ Federica Maiorino, ¹ Claudio Rossi, ¹ Francesca Garino, ¹ Fabiana Di Noi, ¹ Daniela Sansone, ¹ Salvatore Oleandri

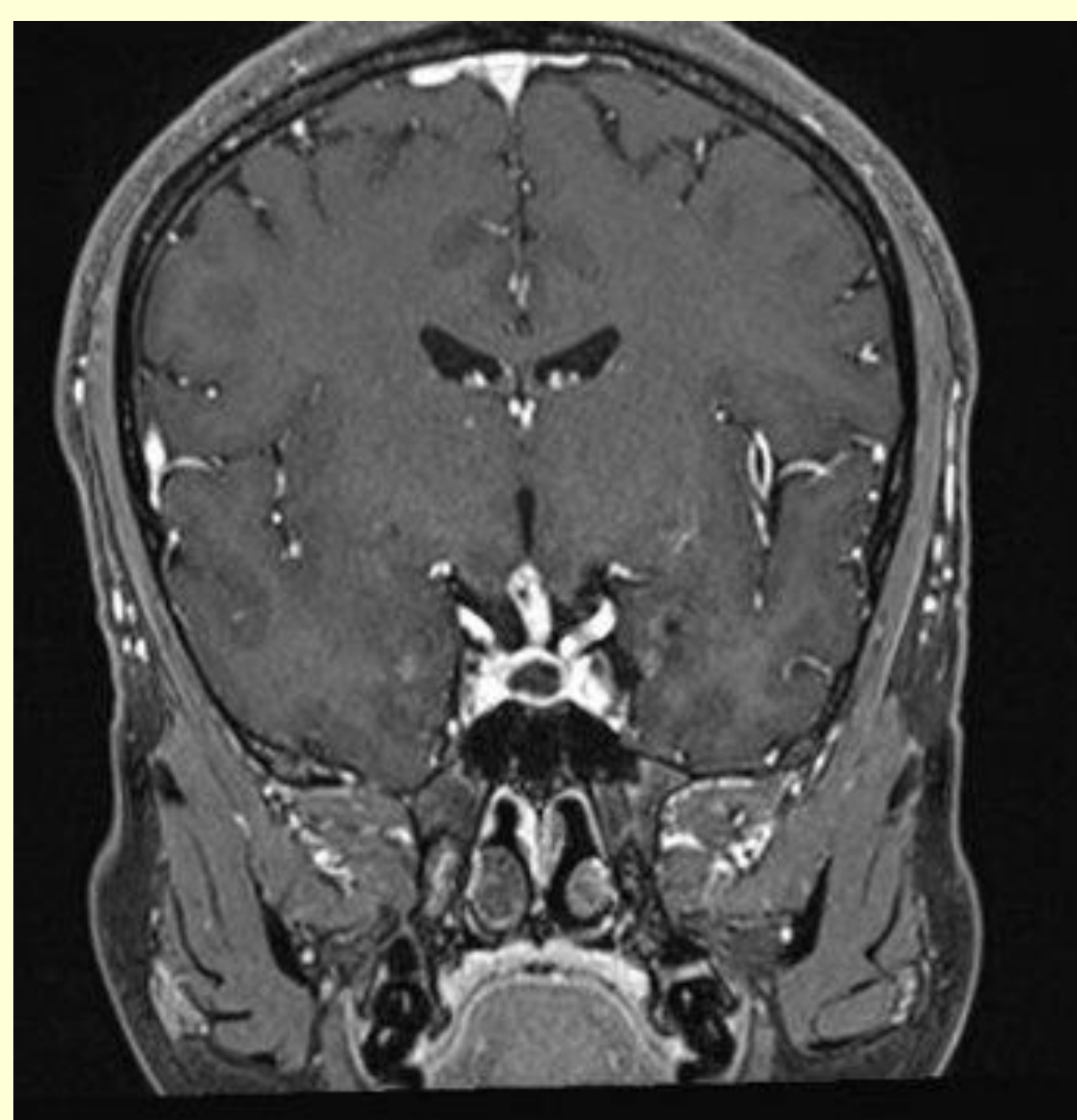
¹S.C. Endocrinologia e malattie Metaboliche - ASL Città di Torino

INTRODUZIONE E BACKGROUND

La tubercolosi è una patologia infettiva riguardante principalmente i polmoni, ma può coinvolgere tutti gli apparati. Il coinvolgimento del sistema nervoso centrale si verifica tra l'1 e il 9% dei casi. La localizzazione ipofisaria del M. tuberculosis è molto rara, e in letteratura ne sono riportati circa 100 casi.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Paziente maschio di 32 anni, di nazionalità peruviana, con storia di tubercolosi vertebrale sottoposta a terapia eradicante incompleta per scarsa compliance, giungeva in PS per febbre intermittente e cefalea gravativa non responsive a paracetamolo. Riferiva, inoltre, poliuria, calo della libido e disfunzione erettile, insorte da circa sei mesi. Alla TC encefalo si riscontrava lesione espansiva della sella turcica, possibile espressione di tuberculoma pituitario, e alla RM ipofisi con mdc si confermava lesione ipofisaria di 10x24x9 mm, con enhancement lesionale esclusivamente periferico ed area necrotica centrale colliquata, ed ispessimento peduncolare. Agli esami ormonali si evidenziava un quadro di panipopituitarismo (ACTH<1.5 pg/mL, cortisolo: 1 mcg/dL, TSH: 3.43 uUI/mL; FT3: 1.2 pg/mL; FT4: 0.2 g/dL, FSH: 0.4 uUI/mL; LH: 0.3 uUI/mL; testosterone: 0.02 ng/mL, IGF-1: 111 ng/mL), mentre non si rilevavano anomalie del campo visivo. Si avviava pertanto terapia sostitutiva con cortone acetato, levotiroxina, testosterone transdermico e desmopressina, e concomitante terapia antitubercolare, con riscontro di riduzione dimensionale della componente colliquata della lesione alla RM di controllo effettuata circa un mese dall'inizio del trattamento, mentre a distanza di circa sei mesi dalla diagnosi non si è osservato recupero degli assi ipofisari.



DISCUSSIONE

La diagnosi di tubercolosi sellare, vista la sua rarità, è solitamente molto impegnativa, e la diagnostica differenziale con l'adenoma ipofisario su base clinica e radiologica è spesso complessa. Cefalea e disturbi visivi rappresentano l'esordio più comune, unitamente alla presenza di sintomi costituzionali della tubercolosi, come la febbre. Il riscontro di diabete insipido centrale è una delle caratteristiche chiave per distinguere il tuberculoma pituitario dall'adenoma, mentre dal punto di vista radiologico l'ispessimento peduncolare e il pattern di enhancement sono utili alla diagnostica differenziale.

La diagnosi precoce e l'uso tempestivo della terapia antitubercolare possono portare al completo recupero della funzione endocrina e neurologica, mentre il riconoscimento e il trattamento tardivi esitano spesso in una disfunzione endocrina permanente.

TAKE HOME MESSAGES

Nonostante sia un'entità rara, è importante considerare la tubercolosi ipofisaria nella diagnostica differenziale dei pazienti con lesioni sellari, in quanto il tempestivo riconoscimento e l'inizio precoce della terapia antimicobatterica possono evitare l'instaurarsi di disfunzioni endocrine permanenti.