25° CONGRESSO NAZIONALE
AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA
12 - 15 novembre
2026
Associazione Medici Endocrinologi

PANIPOPITUITARISMO PARZIALE E DIABETE INSIPIDO CENTRALE

Germinoma intracranico bifocale in un giovane adulto: diagnosi e gestione endocrinologica multistep

Michela Del Prete, Yana Pigotskaya, Francesca Pesenti, Flavio Azzalini, Elisa Cairoli, Olga Eugenia Disoteo
SC Endocrinologia-Diabetologia, Dietetica e Nutrizione Clinica, ASST Lariana, Ospedale Sant'Anna, Como, Italia

INTRODUZIONE

I **tumori germinali intracranici** sono rari, colpiscono soprattutto maschi nella seconda decade e il **germinoma** ne è l'istotipo più frequente. La **forma bifocale** (pineale + soprasellare) coinvolge precocemente l'asse ipotalamo-ipofisario: **diabete insipido centrale (AVP-D)** e deficit ipofisari anteriori possono comparire già all'esordio, spesso mascherati dalla fase acuta neurochirurgica. Con prognosi oncologica favorevole, le **sequele endocrine** determinano gran parte della morbilità a lungo termine.

Idrocefalo acuto
ostruttivo → DVE

RM: lesione pineale
+ soprasellare

Consulenza endocrina:
panipopituitarismo parziale

AVP-D
Uosm 466 → 117 mOsm/kg

Marcatori negativi
biopsia: germinoma puro

Trasferimento INT
Milano

PRESENTAZIONE DEL CASO

Maschio, 19 anni

Ricovero in urgenza per
idrocefalo acuto ostruttivo

Esordio: neoformazione pineale con coinvolgimento soprasellare; posizionato drenaggio ventricolare esterno (DVE)

RM encefalo: impegno della cisterna soprasellare e del peduncolo ipofisario

Consulenza endocrinologica: deficit di più assi ipofisari e diluizione urinaria progressiva

Quadro endocrino in evoluzione: in fase acuta i deficit possono emergere in sequenza e vanno rivalutati nel tempo

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Dal neuroimaging alla diagnosi istologica

✓ **Lesione bifocale**
Pineale + soprasellare/peduncolo

✓ **Neuroipofisi**
Assente la fisiologica iperintensità T1

✓ **Marcatori sierici negativi**
β-HCG < 0,5 UI/L; AFP < 10 UI/L

✓ **Biopsia a cielo aperto**
Germinoma bifocale puro confermato

! **Diluizione urinaria: AVP-D**
Uosm 117 mOsm/kg con Na^+ 144 mmol/L

Forma bifocale + AVP-D + marcatori negativi: quadro altamente suggestivo di germinoma puro

GESTIONE MULTISTEP

PRINCIPIO GUIDA
Prima il cortisolo, poi la tiroide: ogni step con il suo monitoraggio

1 **Glucocorticoide**
Cortone acetato a schema fisiologico e piano di stress scritto

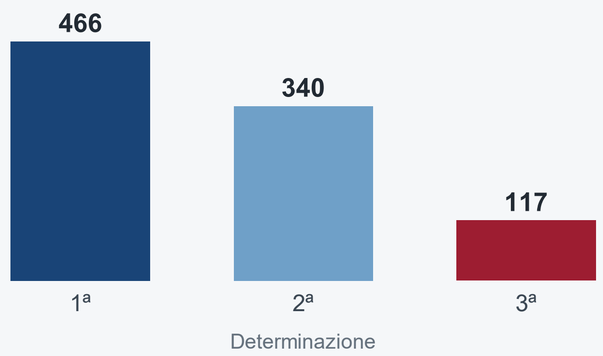
2 **Vigilanza su AVP-D**
Possibile smascheramento con il cortisolo: diuresi oraria, bilancio idrico, Na^+ seriata

3 **Desmopressina**
60 µg sublinguale la sera, titolata sulla sodiemia per evitare iponatriemia

4 **Levotiroxina**
Avvio ambulatoriale programmato, dopo adeguata copertura glucocorticoide

PROFILO OSMOLARE

Osmolalità urinaria seriata (mOsm/kg)



144 mmol/L
Sodiemia

Nella norma
Osmolalità plasmatica

Urine diluite con Na^+ ai limiti alti: AVP-D almeno parziale a insorgenza subacuta

ASSI IPOFISARI: QUADRO D'INSIEME E GESTIONE

Asse	Dati	Interpretazione	Gestione
Corticotropo	Cortisolo 168 nmol/L; ACTH 22 ng/L	**Insufficienza surrenalica centrale**	Cortone acetato + piano di stress (priorità)
Neuroipofisi	Uosm 466 → 117 mOsm/kg; Na^+ 144 mmol/L	**AVP-D parziale**	Desmopressina SL 60 µg sera
Tireotropo	FT4 al limite inferiore, TSH nella norma	**Ipotiroidismo centrale iniziale**	Levotiroxina dopo il glucocorticoide
Gonadotropo	FSH 1,03; LH 1,09 UI/L; T 1,18 µg/L	**Ipogonadismo ipogonadotropo**	Rivalutazione a distanza dall'acuzie
Somatotropo	IGF-1 91,7 µg/L (v.n. 134–450)	**Deficit di GH probabile**	Rivalutazione dopo il trattamento oncologico
Lattotropo	PRL 37,23 µg/L	**Iperprolattinemia da disconnessione**	Monitoraggio

L'elevata probabilità di ipopituitarismo permanente, da malattia e da chemio-radioterapia, impone un follow-up endocrinologico coordinato con l'oncologia.

TAKE-HOME MESSAGES

- Nel germinoma bifocale il coinvolgimento ipotalamo-ipofisario va cercato subito: deficit anteriori e AVP-D possono essere già presenti.
- Il glucocorticoide precede sempre la levotiroxina e può smascherare un AVP-D latente: diuresi e sodiemia vanno monitorate.
- La desmopressina va introdotta con prudenza e titolata sulla sodiemia per evitare l'iponatriemia iatrogena.
- Il raccordo precoce tra neurochirurgia, endocrinologia e oncologia guida la sostituzione ormonale a lungo termine.

Bibliografia 1. Murray MJ, et al. Lancet Oncol 2015;16:e470–e477. 2. Fleseriu M, et al. J Clin Endocrinol Metab 2016;101:3888–3921. 3. Christ-Crain M, et al. Nat Rev Dis Primers 2019;5:54.

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Lariana