**P 40
RESOLUCION ESPONTÁNEA DE ACROMEGALIA POR APOPLEJIA HIPOFISARIA**
Carolina Orellana Bravo1, Jocelyn Cortés Rivera1, David Rojas Salazar2, Ximena Lioi Campo3, Nelson Wohllk González1

1Hospital del Salvador, 2Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo. Facultad de Medicina de Universidad de Chile, 3Hospital Clínico San Borja-Arriarán

**Introducción:** la apoplejía hipofisaria (AH) es un evento raro, ocurre en el 2-7% de los adenomas, independiente de su funcionalidad. Factores de riesgos asociados a AH son: uso de agonista dopaminérgico, trauma, cirugía reciente, entre otros. Se presenta un caso de acromegalia de difícil manejo que remite tras episodio de apoplejía de remanente tumoral.

**Caso Clínico:** mujer de 57 años, con antecedentes de HTA, dislipidemia y acromegalia diagnosticada el 2010, operada por vía transesfenoidal en 3 oportunidades (2010, 2014 y 2015) y posteriormente en tratamiento con agonista dopaminérgico (cabergolina 1 mg/semanal) y análogo de somatostatina (Octeotrida LAR 20 mg cada 4 semanas) manteniéndose activa (IGF-1: 709 ng/mL (VN: 87-238); GH: 28,5 ng/mL (VN: 0,01-2,7); Resonancia Magnética de Silla Turca (RMST): remanente tumoral adosado a seno cavernoso izquierdo. Consulta por fiebre, diarrea y dolor abdominal en servicio de urgencias, donde se constata hipotensión, déficit de VEC, enfermedad renal aguda y parámetros inflamatorios elevados, por lo que se hospitaliza con diagnóstico de sepsis severa de foco abdominal. Se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol IV. Evoluciona con mejoría de hemodinamia, función renal y parámetros inflamatorios. Hemocultivos positivos para Salmonella sp. A los 4 días presenta de forma brusca cefalea y ptosis palpebral compatible con tercer par izquierdo. Se realiza angioTC de cerebro que descarta enfermedad vascular y sugiere apoplejía de remanente. Evaluado por neurocirugía se descarta manejo quirúrgico, se indica sustitución hormonal (levotiroxina y cortisol). Se completa el tratamiento antibiótico, se da de alta estable y asintomática, y se suspende tratamiento médico de acromegalia. Dos meses después acude a control con endocrinología, donde destaca: IGF-1: 236 ng/mL (VN 81-225); GH: 1,3 ng/mL (VN: 0,05-2,7), T4L: 0,8 ng/dL, prolactina: 0,1 ng/mL, RMST de control que muestra extensa apoplejía de remanente ubicado en seno cavernoso izquierdo. A los 6 meses del evento persiste con remisión de acromegalia: IGF-1: 219 ng/mL (VN 81-225); GH: 1,0 ng/mL (VN: 0,05-2,7) y RMST disminución de tamaño de remanente tumoral. **Discusión:** En este caso, el uso de agonista dopaminérgico y análogo de somatostatina en contexto de hipotensión severa pudieron predisponer a AH. Es vital el control de hormonas hipofisarias tanto en el evento como en el seguimiento de AH, para detectar déficit posteriores.