**P 77
HIPOFISITIS POR IPILIMUMAB: CASO CLÍNICO**
Carmen Carrasco Mardones1, Mauricio Burotto Pichun2
1Departamento de Medicina Interna, Unidad de Endocrinología, Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo, 2Servicio de Oncología Médica, Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo

**Introducción**: El ipilimumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 utilizado en el tratamiento del melanoma metastásico. Inhibe el antígeno 4 de los linfocitos T cito tóxicos, activando la respuesta inmune. Producto de esto, se inducen efectos adversos autoinmunes, siendo la hipofisitis la endocrinopatía más frecuente. Según reportes recientes, puede afectar hasta el 10-15% de los pacientes tratados.

**Caso Clínico:** Varón de 48 años con antecedentes de melanoma maligno TxN1M0, que inicia tratamiento con ipilimumab. Posterior a la tercera dosis, consulta por cefalea de inicio brusco, intensidad 5/10, sin otros síntomas neurológicos asociados. La resonancia cerebral fue informada como normal. A las 48 horas la cefalea aumenta a 10/10 y se repite resonancia, esta vez con cortes en la región selar. Ésta muestra aumento difuso del tamaño de la adenohipófisis a 11 mm craneocaudal, acompañado de una banda periférica de tejido hipovascular, con quiasma libre de señal normal. El tallo se encontraba ascendido, de grosor normal, con neurohipófisis visible. Se hospitaliza con sospecha de hipofisitis por ipilimumab, recibiendo 250 mg de metilprednisolonaev con lo cual cede la cefalea a las 48 horas. Clínicamente el paciente no refería síntomas de hipopituitarismo, polidpisia, poliuria ni compromiso visual. La evaluación bioquímica mostró TSH 0.37 uUI/ml, T4 5.2 ug/dl (4.6-12), testosterona 21 ng/dl (193-740), LH 2.79 UI/ml, PRL 7.1 ng/ml (4.04-15.2) e IGF-1 345 ng/ml (94-252). La campimetría de Goldman fue normal. Se indica tratamiento con hidrocortisona 30 mg diarios y undecanoato de testosterona. Al mes la evaluación mostró compromiso de ejes tiroideo y lactotrópico: TSH 0.014 uUI/ml, T4 4.3 ug/dl, PRL 0.1 ng/ml e IGF-1 161 ng/mL. La resonancia informó engrosamiento del tallo hipofisiario a 3.5 mm, sin variación del tamaño de la adenohipófisis, con persistencia de halo hipointenso en T2 y leve desplazamiento del quiasma hacia craneal. La campimetría mostró leve contracción temporal del ojo izquierdo. Se indican tres bolos de metilprednisolona de 250 mg seguido de prednisona 60 mg al día y terapia de reemplazo con levotiroxina. A las 6 semanas la resonancia mostró resolución del engrosamiento del tallo y disminución del tamaño de la adenohipofisis. El quiasma estaba libre y la campimetría era normal. Se indicó disminución progresiva de corticoides hasta dosis de sustitución. A los 5 meses post diagnostico el paciente se mantiene panhipopituitario, con resonancia que muestra marcada atrofia de la adenohipofisis de aspecto fibrótico e hipovascular.

**Conclusión:** Con el uso cada vez mayor de ipilimumab en el área oncológica, es esperable un aumento en la frecuencia de este tipo de hipofisitis. La cefalea post tercer ciclo es un elemento clave en su identificación, así como la ausencia de diabetes insípida asociada. No existe consenso respecto al tratamiento y los pacientes generalmente mantienen el hipopituitarismo.