



EMPTY SELLA SYNDROME ASINTOMATICA: “NUOVA” PATOLOGIA IPOTALAMICA O VARIANTE PARAFISIOLOGICA?

Benedetta Masserini¹, Benedetta Rivolta¹, Irene Bernardi², Antonella Camera¹, Federico Liboà¹, Sebastiano Bruno Solerte¹, Chiara Cerabolini², Nadia Cerutti³

¹Dirigente medico, SC nutrizione clinica, diabetologia e malattie endocrine, ASST Pavia

²Medico in formazione specialistica, SC nutrizione clinica, diabetologia e malattie endocrine, ASST Pavia

³Direttore f.f., SC nutrizione clinica, diabetologia e malattie endocrine, ASST Pavia

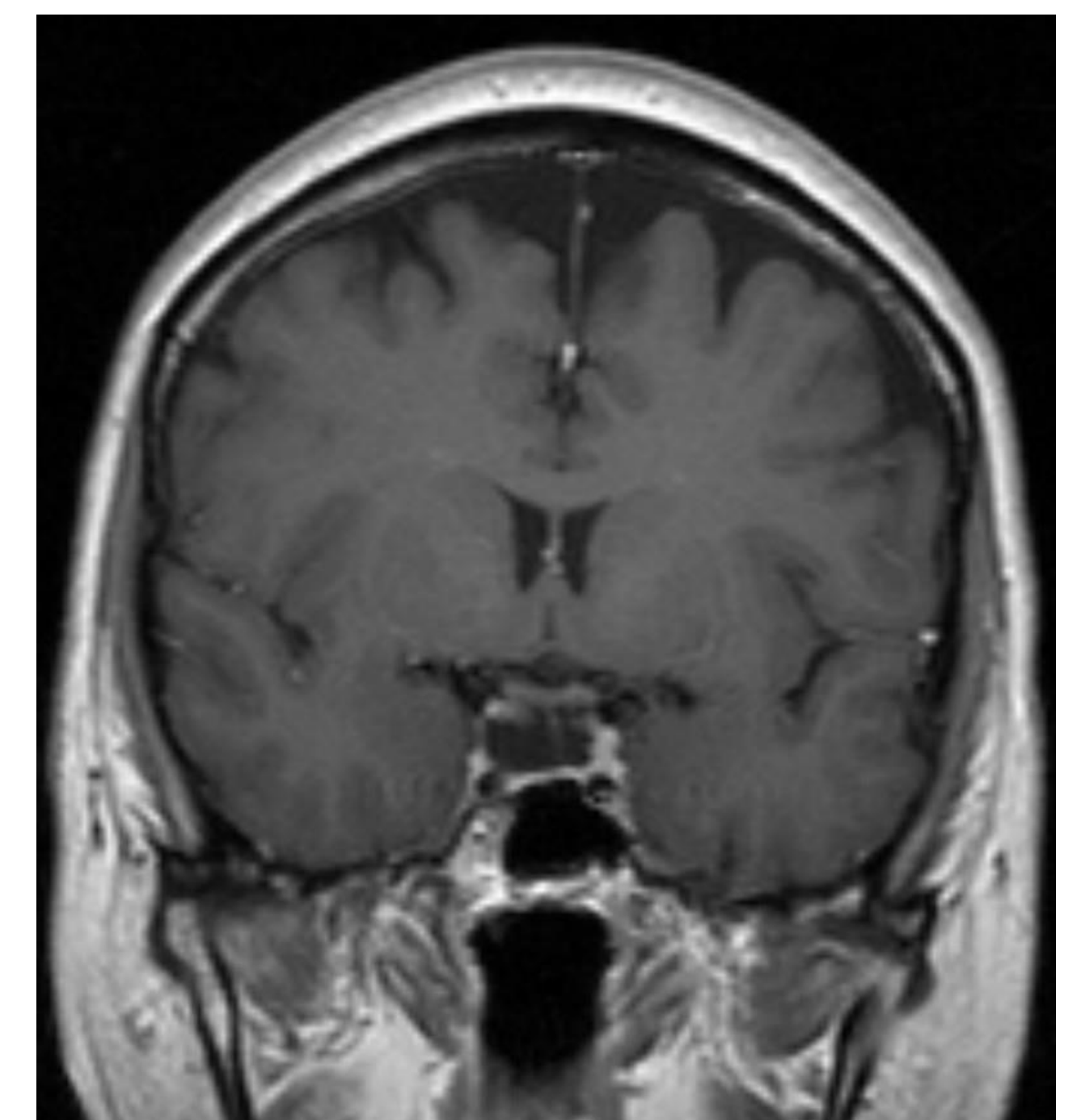
benedetta_masserini@asst-pavia.it

Introduzione

Con il termine *empty sella* viene identificata una condizione in cui l'ipofisi è appiattita sul fondo della sella con un diaframma sellare incompleto o marcatamente assottigliato per invasione a parte di un diverticolo subaracnoideo. Questa condizione ha una maggior incidenza nelle donne con ipertensione arteriosa o obesità. Si distinguono un quadro di empty sella primitivo (per difetto del diaframma sellare geneticamente determinato) e secondario (per atrofia ipofisaria conseguente a trauma/intervento chirurgico/radioterapia). La presentazione clinica è assai variabile: fino al 50% dei casi è asintomatico; alcuni pazienti presentano cefalea o ipertensione arteriosa; raramente si verificano rinoliquorrea o difetti campimetrici visivi; in alcuni casi la clinica è dominata invece da alterazioni funzionali degli ormoni ipofisari, a configurare un quadro di *empty sella syndrome*. La diagnosi è radiologica tramite l'utilizzo di TC o RMN. Se asintomatica, questa condizione non prevede trattamento; se invece si presenta con deficit degli assi ormonali, questi vanno posti in adeguata terapia sostitutiva. È stato esaminato un caso clinico di empty sella syndrome caratterizzato da iposurrenalismo ed ipotiroidismo di lunga durata, seppur in assenza di sintomatologia.

Case report

Paziente di 67 anni di sesso femminile affetta da ipertensione arteriosa e sovrappeso corporeo (BMI 28.7 kg/m²); in anamnesi si segnalava una correzione endovascolare di aneurisma della carotide interna destra. Veniva ricoverata presso la UO Cardiologia con diagnosi di cardiopatia ipocinetica dilatativa con moderato scadimento di funzione sistolica ventricolare sinistra, in assenza di stenosi angiograficamente significative. Ai primi esami ematochimici effettuati durante il ricovero emergeva un quadro di ipotiroidismo ed iposurrenalismo: veniva pertanto avviata terapia sostitutiva con cortone acetato e venivano richiesti i dosaggi dei restanti assi ipofisari e una RMN encefalo senza mdc a completamento diagnostico. Gli ematochimici confermavano il quadro di iposurrenalismo ed ipotiroidismo ed identificavano inoltre un deficit di GH (con valori di IGF1 ai limiti inferiori di norma), in assenza di rialzo dei valori di prolattina. Alla RMN encefalo veniva riscontrata un'ipofisi assottigliata ed adagiata sul pavimento sellare in empty sella, in assenza di adenomi e con peduncolo ipofisario in asse. Veniva dunque posta la diagnosi di certezza di ipopituitarismo in empty sella, veniva ottimizzata la terapia con cortone acetato e veniva avviata la terapia sostitutiva con levotiroxina. La paziente veniva dunque dimessa con le indicazioni per la gestione della terapia dell'iposurrenalismo in condizioni di stress. Alla visita ambulatoriale di controllo in post-ricovero, ad un'analisi della documentazione clinica completa della paziente, si evinceva che i quadri di ipotiroidismo ed iposurrenalismo erano noti dal 2013 – riscontrati a seguito di ematochimici di routine – ma che non erano mai stati trattati. Nonostante la paziente fosse stata in passato sottoposta a procedure invasive – correzione di aneurisma della carotide interna, coronarografia – non era mai insorto un quadro di crisi surrenalica; inoltre, nonostante il franco ipotiroidismo, la paziente non accusava sintomatologia tipica. Nonostante tali premesse, alla visita in post-ricovero si confermava la terapia sostitutiva per entrambe le condizioni.



Conclusioni

Il quadro descritto nel caso clinico non è di frequente riscontro. Sebbene fino al 50% dei pazienti con empty sella sia asintomatico, il riscontro laboratoristico di deficit ormonali si associa tipicamente ad una clinica corrispondente. Sono stati descritti rari casi di empty sella syndrome in assenza di sintomi. Alcuni autori hanno proposto di annoverare questa condizione tra le disfunzioni ipotalamiche da trattare, altri suggeriscono di considerarla una variante parafisiologica. Una più ampia casistica è necessaria per stabilire il corretto iter terapeutico per questi pazienti.