

ciencia pituitaria, que puede ser leve, manifestada como hiperprolactinemia o tan grave como panhipopituitarismo [2]. Las alteraciones visuales están presentes en el 50-75% de los pacientes [1-4] y la hemianopsia uni o bitemporal es el patrón hallado con más frecuencia [4]. La anormalidad de la motilidad ocular está presente en un 16%. La fiebre y la leucocitosis están presentes hasta en el 16% de los pacientes. Otros síntomas presentes menos frecuentes son meningitis, sinusitis y rinorrea [2].

El diagnóstico preoperatorio de los abscesos selares se lleva a cabo mediante la resonancia magnética con contraste, o con una tomografía cerebral en su caso. En la resonancia magnética, se identifica una lesión intraselar hiperintensa en las secuencias de T<sub>2</sub> que sugiere la presencia de una lesión quística contaminada [9] mientras que en T<sub>1</sub> la señal varía de hipointensa a levemente hiperintensa, con captación periférica de contraste y realce en anillo [1,2].

Solo el 20% de los abscesos hipofisarios se diagnostican antes de la cirugía y se inician habitualmente con un cuadro clínico de respuesta inflamatoria sistémica, manifestado por fiebre, meningismo, leucocitos en LCR [2] y evidencia de masa selar en los estudios de imagen con o sin historia de patología hipofisaria previa.

El 58% de los pacientes recibió el diagnóstico provisional de adenoma hipofisario y cerca del 20% de los pacientes fueron intervenidos con el diagnóstico provisional de absceso pituitario por la imagen de resonancia magnética sugestiva o en paciente con antecedentes de cirugía previa por adenoma hipofisario.

La combinación de cirugía y terapia antibiótica constituye la base del tratamiento, que es efectivo en la mayoría de los casos. La antibi-

coterapia debe comenzar tan pronto como se sospeche la presencia de un absceso selar, con fármacos de amplio espectro. La vía quirúrgica de elección es la endoscópica endonasal transeptoesfenoidal [2], mucho menos invasiva, con menor tiempo operatorio y mejor y más breve postoperatorio. La reintervención por absceso recurrente es poco frecuente [2]. La cirugía mejora de manera importante la sintomatología relacionada con la ocupación selar como la cefalea y los déficit visuales, no así la endocrinopatía, donde, en la mayoría de los casos, es necesaria la terapia sustitutiva [10].

Las complicaciones posquirúrgicas más comunes incluyen meningitis, cerebritis, fístula de LCR y lesión infecciosa vascular [4,6]. Estas complicaciones fueron descritas por Boggan y Wilson [3], pero son muy raras en la actualidad.

En conclusión, los abscesos hipofisarios son una patología poco frecuente, cuyo problema principal es que, usualmente, se confunden con otras patologías más frecuentes tales como los adenomas hipofisarios. Desde el punto de vista clínico, presentan un cuadro indistinguible de un tumor hipofisario, con cefalea, alteraciones visuales y endocrinopatía o como un cuadro infeccioso sistémico con fiebre, cefalea y afectación meníngea. Los estudios de imagen pueden ser muy útiles para lograr la diferenciación, pero en ocasiones no son concluyentes. La combinación de cirugía y antibióticos constituye la base del tratamiento, que es efectivo en la mayoría de los casos. Los abscesos hipofisarios se deben considerar en el diagnóstico diferencial de las masas selares, ya que sin un abordaje terapéutico correcto se convierten en una enfermedad con alta mortalidad.

El caso clínico descrito es el de un absceso hipofisario, una patología muy poco frecuente, con una presentación y evolución atípicas, como son un inicio como meningitis de perfil bacteriano con escasa respuesta a la terapia antibiótica y la ausencia de sintomatología de fallo hormonal o campimétrico. Como factor predisponente, se considera la destrucción del tabique nasal por consumo de cocaína, conocido en el propio acto quirúrgico. Finalmente, la paciente presentó una evolución posterior excelente y rápida, en probable relación con una glándula hipofisaria hasta entonces sana.

#### Bibliografía

- Hanel R, Koerbel A, Prevedello D, Moro MS, Araujo JC. Primary pituitary abscess: case report. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60: 861-5.
- Vates GE, Berger M, Wilson C. Diagnosis and management of pituitary abscess: a review of twenty-four cases. *J Neurosurg* 2001; 95: 233-41.
- Boggan J, Wilson C. Pituitary abscess. In Wilkins RH, Renganchary SS, eds. *Neurosurgery*. New York: McGraw-Hill; 1985. p. 1967-8.
- Kroppenstedt SN, Liebig T, Mueller W, Graaf KJ, Lanksch NR, Unterberg AW. Secondary abscess formation in pituitary adenoma after tooth extraction. Case report. *J Neurosurg* 2001; 94: 335-8.
- Jadhav RN, Dahiwadkar HV, Alande DA. Abscess formation in invasive pituitary adenoma: case report. *Neurosurgery* 1998; 43: 616-9.
- Thomas N, Wittert GA, Scott G, Reilly PL. Infection of a Rathke's cleft cyst: a rare cause of pituitary abscess. Case illustration. *J Neurosurg* 1998; 89: 682.
- Ortega-Valín F, Caminero A. Cefalea tipo SUNCT y quiste de la bolsa de Rathke: controversias sobre su relación. *Rev Neurol* 2010; 50: 84-8.
- Heary RF, Maniker AH, Wolansky LJ. Candidal pituitary abscess: case report. *Neurosurgery* 1995; 36: 1009-12.
- Abs R, Parizel PM, Verlooy J, Neetens I, Arnouts P. Magnetic resonance characterization of a long-standing pituitary abscess. *J Endocrinol Invest* 1993; 16: 635-7.
- Jain KC, Varma A, Ahapatra AK. Pituitary abscess: a series of six cases. *Br J Neurosurg* 1997; 11: 139-43.

#### CARTA AL DIRECTOR

### Preferencias por los tratamientos anticoagulantes orales para la prevención a medio y largo plazo del ictus en la fibrilación auricular no valvular

Laila Abdel-Kader Martín, M. Dolores Vega-Coca, Carmen Beltrán-Calvo, Teresa Molina-López

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Sevilla, España.

Correspondencia: Dra. Laila Abdel-Kader Martín. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Luis Montoto, 89. E-41007 Sevilla.

E-mail: laila.abdelkader.ext@juntadeandalucia.es

Aceptado: 31.07.12.

Cómo citar este artículo: Abdel-Kader Martín L, Vega-Coca MD, Beltrán-Calvo C, Molina-López T. Preferencias por los tratamientos anticoagulantes orales para la prevención a medio y largo plazo del ictus en la fibrilación auricular no valvular [carta]. *Rev Neurol* 2012; 55: 575-6.

© 2012 Revista de Neurología

Estamos de acuerdo con González-Rojas et al [1] en la importancia que tienen las preferencias de los pacientes en la elección de los fármacos para responder más convenientemente a sus necesidades. De hecho, para establecer la fuerza de las recomendaciones en salud, el sistema GRADE incluye las preferencias de los pacientes, de manera explícita, como un factor más para fundamentar la fuerza de las recomendaciones [2]. Muchas veces, sin embargo, es complejo conocer las preferencias de los pacientes de un modo directo, por lo que disponer

de bibliografía sobre los valores y preferencias de los pacientes puede ayudar a conocer mejor estos aspectos.

Sin embargo, la manera de presentar los datos a los pacientes en este tipo de estudios puede ser crucial en la determinación de sus preferencias. Por ello, los datos deben presentarse del modo más objetivo posible. En este sentido, creemos que los cinco atributos seleccionados en el estudio de González-Rojas et al [1] no muestran algunos datos fundamentales que los pacientes deberían conocer en el momento de explicitar sus preferencias. A continuación se discuten los distintos atributos considerados en el estudio.

Primer atributo de los anticoagulantes orales, referido al control de coagulación, que se describe como sigue: 'El médico no necesita controlar su coagulación (no deberá ir al centro de salud ni al hospital a controlarse) / El médico sí necesita controlar su coagulación (deberá ir al centro de salud o al hospital 10 a 15 veces al año a controlarse)'. Creemos que este atributo no describe, en términos reales, la diferencia de seguimiento que conllevará utilizar un fármaco u otro. Es cierto que, a diferencia de los antivitamina K, los nuevos anticoagulantes orales presentan un rápido comienzo de acción, un efecto antitrombótico predecible y una menor probabilidad de interacciones con otros fármacos y con alimentos. Este perfil farmacológico hace posible su administración en dosis fijas, sin necesidad de monitorización ni ajuste posológico periódico [3,4]. Sin embargo, los nuevos fármacos no están exentos de limitaciones. De hecho, aunque la eliminación de la necesidad de monitorización de la ratio internacional normalizada (INR) se considera una ventaja, la falta de seguimiento podría, por un lado, afectar la adhesión al tratamiento, y por otro, dificultar la identificación de aquellos pacientes no cumplidores. Teniendo en cuenta la corta semivida de estos fármacos, el cumplimiento terapéutico cobra especial importancia porque el olvido de dosis puede afectar en poco tiempo la efectividad del tratamiento [4]. Adicionalmente, en la guía de práctica clínica sobre manejo de la fibrilación auricular de la Sociedad Europea de Cardiología [5] se recomienda que, en el caso de que se decida iniciar el tratamiento antitrombótico (independientemente del tratamiento elegido), se realice un seguimiento periódico de los pacientes. Por tanto, el primer nivel del primer

atributo, que indica 'no deberá ir al centro de salud ni al hospital a controlarse' no es cierto o no debería serlo por el bien de los pacientes.

En relación con el segundo atributo, relativo a eficacia y que se describe como 'Con este fármaco, de cada 1.000 pacientes tratados en un año, 11 pueden sufrir una embolia / Con este fármaco, de cada 1.000 pacientes tratados en un año, 17 pueden sufrir una embolia', consideramos necesario recoger el dato de eficacia para las dos dosis de dabigatrán de 150 mg y de 110 mg. Con ello, el segundo atributo hubiese quedado redactado del siguiente modo: 'Con este fármaco, de cada 1.000 pacientes tratados en un año, de 11 a 15 pueden sufrir una embolia, dependiendo de la dosis que el paciente pueda recibir / Con este fármaco, de cada 1.000 pacientes tratados en un año, 17 pueden sufrir una embolia'.

En relación al tercer atributo (dosificación), descrito como 'Toma una dosis fija al día (un comprimido por la mañana y un comprimido por la noche) igual todos los días / Toma una dosis variable (distinto número de pastillas) que puede ser diferente cada día', consideramos que la descripción de la dosificación para los anticoagulantes orales convencionales no es del todo cierta y oculta información. Los anticoagulantes orales convencionales se administran en una única dosis diaria. Quizá las expectativas de los pacientes se hubieran modificado si esto se hubiese expresado de la siguiente forma: 'Toma una dosis fija al día, dividida en dos dosis (un comprimido por la mañana y un comprimido por la noche) / Toma una dosis variable (que le aconseja su médico o enfermero tras el control establecido), administrada en una sola dosis'.

El penúltimo atributo, sobre seguridad, se describe como 'El fármaco puede ocasionar tres hemorragias intracraneales por cada 1.000 pacientes en un año / El fármaco puede ocasionar siete hemorragias intracraneales por cada 1.000 pacientes en un año', consideramos que no se está presentando toda la información relativa a seguridad. En primer lugar, se deberían haber mostrado, además, los resultados de la principal variable de seguridad del ECA LOTS [6], es decir, los resultados para las hemorragias graves, donde no existen diferencias estadísticamente significativas entre warfarina y dabigatrán 150 mg. En segundo lugar, deberían haberse mostrado los datos de hemorragias gastrointestinales graves, cuyo atributo de seguridad

hubiese sido: 'El fármaco puede ocasionar 15 hemorragias gastrointestinales por cada 1.000 pacientes en un año / El fármaco puede ocasionar 10 hemorragias gastrointestinales por cada 1.000 pacientes en un año'.

Sobre el quinto atributo, relativo a dieta y otros medicamentos, que se describe como 'No requiere vigilar su dieta u otros medicamentos que vaya a tomar / Requiere vigilar su dieta u otros medicamentos que vaya a tomar', consideramos que el primer nivel del quinto atributo no es cierto, de acuerdo con el apartado 'interacción con otros medicamentos' de la ficha técnica del dabigatrán [7]. Es verdad que los nuevos anticoagulantes tienen menos interacciones que los antivitamina K, pero no están exentos de ellas (entre algunos de los medicamentos contraindicados o con los que hay que tener especial precaución se encuentran el ketoconazol por vía sistémica, ciclosporina, itraconazol, amiodarona, quinidina, verapamilo, rifampicina, hierba de san Juan, carbamacepina y fenitoína). Por tanto, para los nuevos anticoagulantes, se requiere vigilar la administración concomitante de otros medicamentos.

Por todo ello, consideramos que la propuesta de atributos que realizamos para el estudio de González-Rojas et al [1] sería necesaria para dotar al estudio de una mayor objetividad.

### Bibliografía

- González-Rojas N, Giménez E, Fernández MA, Heineger AI, Martínez JL, Villar J, et al. Preferencias por los tratamientos anticoagulantes orales para la prevención a medio y largo plazo del ictus en la fibrilación auricular no valvular. *Rev Neurol* 2012; 55: 11-9.
- The GRADE working group. Grading the quality of evidence and the strength of recommendations. URL: <http://www.gradeworkinggroup.org>. [30.06.2012].
- Schulman S, Crowther MA. How I treat with anticoagulants in 2012: new and old anticoagulants, and when and how to switch. *Blood* 2012; 119: 3016-23.
- Bereznicki LR, Peterson GM. New antithrombotics for atrial fibrillation. *Cardiovasc Ther* 2010; 28: 278-86.
- Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2010; 31: 2369-429.
- Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009; 361: 1139-51.
- European Medicines Agency. Pradaxa: EPAR Product Information. URL: [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/000829/WC500041059.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000829/WC500041059.pdf). [02.05.2012].