

Articolo n. 236

La gestione del paziente con sella vuota

Mariafrancesca Birtolo, Lucrezia Gentile

UO Endocrinologia, Diabetologia e Andrologia Medica – IRCCS Humanitas Research Hospital – Rozzano (MI). Italia; Dipartimento di Scienze Biomediche, Humanitas University, Pieve Emanuele (MI) Italia

PROPONENTE Andrea Lania

Autore corrispondente Mariafrancesca.birtolo@humanitas.it

Sommario

La sella vuota è un reperto neuroradiologico spesso diagnosticato incidentalmente. Sebbene nella maggior parte dei casi sia clinicamente silente, può associarsi ad alterazioni endocrine che richiedono un adeguato inquadramento. In questa breve rassegna si affronterà l'approccio clinico pratico alla sella vuota primaria, con particolare attenzione alla valutazione endocrinologica iniziale, alle indicazioni terapeutiche e alla gestione razionale del follow-up, alla luce delle più recenti evidenze

Introduzione

La sella vuota (Empty Sella, ES) è un reperto neuroradiologico relativamente frequente, caratterizzato dall'erniazione dello spazio subaracnoideo all'interno della sella turcica con conseguente schiacciamento dell'ipofisi sul pavimento sellare. In base all'eziologia si distingue una forma primaria (primary empty sella, PES), in assenza di patologie ipofisarie pregresse, e una forma secondaria (secondary empty sella, SES), conseguente a chirurgia ipofisaria, radioterapia, apoplessia, ipofisite o trauma cranico (1, 2). Dal punto di vista epidemiologico, studi autoptici riportano una frequenza del 5–12%, mentre nei pazienti sottoposti a neuroimaging per sintomatologia non riconducibile a patologia sellare la prevalenza può raggiungere il 12–35%. La PES è più comune nel sesso femminile, con un rapporto F:M fino a 4–5:1, e presenta un picco di incidenza tra la terza e la quinta decade di vita (1, 2). Obesità, ipertensione arteriosa e multiparità sono frequentemente associate alla PES. Sebbene spesso clinicamente silente, l'ES può associarsi ad alterazioni endocrine e neurologiche, configurando la empty sella syndrome (ESS) (1, 2). Studi osservazionali e multicentrici indicano una prevalenza di ipopituitarismo alla diagnosi fino al 30–40%, rendendo necessaria una valutazione endocrinologica iniziale sistematica (1-3).

Presentazione clinica e work-up endocrinologico

Nella pratica clinica, la PES è frequentemente diagnosticata come reperto occasionale durante accertamenti eseguiti per cefalea, disturbi visivi o sintomi neurologici aspecifici. In oltre la metà dei casi la diagnosi è incidentale. Molti pazienti sono asintomatici dal punto di vista endocrinologico. Tuttavia, fino al 40% può presentare segni e sintomi compatibili con deficit ipofisari. Le manifestazioni endocrine più comuni includono irregolarità mestruali, ipogonadismo, riduzione della libido, infertilità e astenia. L'iperprolattinemia è riportata nel 6–20% dei casi ed è generalmente lieve, attribuibile allo stiramento del peduncolo ipofisario. La cefalea rappresenta il sintomo neurologico più frequente ed è spesso associata a ipertensione endocranica idiopatica, condizione presente in una quota rilevante di pazienti

con PES, in particolare donne obese in età fertile. Rispetto alla PES, la SES si associa più spesso a quadri clinici più severi e a deficit endocrini multipli.

Tutti i pazienti con diagnosi di ES dovrebbero essere sottoposti a valutazione endocrinologica al momento del riscontro neuroradiologico, indipendentemente dalla presenza di sintomi. Non è dimostrata una correlazione stretta tra il quadro neuroradiologico e la presenza di eventuali alterazioni della funzione ipofisaria (1, 2). Lo screening iniziale comprende il dosaggio in condizioni basali di cortisolo e ACTH, FT4 e TSH, prolattina, IGF-1, gonadotropine e steroidi sessuali. Il deficit dell'asse somatotropo è il più frequente, seguito da quello gonadico, surrenalico e tiroideo (Tabella 1) (1-3). I test dinamici devono essere riservati ai casi con valori basali dubbi o sospetto clinico fondato. Nei pazienti inizialmente normo funzionanti, l'insorgenza di nuovi deficit nel tempo è un evento raro.

Trattamento e follow-up

Il trattamento della sella vuota deve essere personalizzato e guidato esclusivamente dalla presenza di manifestazioni cliniche o deficit endocrini documentati. Nei pazienti con PES isolata e funzione ipofisaria integra non è indicato alcun trattamento. La terapia sostitutiva ormonale va iniziata secondo le linee guida, con particolare attenzione all'identificazione dell'insufficienza surrenalica centrale. La terapia con GH può essere considerata nei casi selezionati. Nei pazienti con segni di ipertensione endocranica è spesso necessario un approccio multidisciplinare; la chirurgia è riservata a situazioni selezionate.

Nei pazienti con funzione ipofisaria normale alla diagnosi il rischio di deterioramento endocrino nel tempo è basso (<5% nei principali studi longitudinali); pertanto, non è indicato un follow-up ravvicinato (1-3). È ragionevole una rivalutazione clinico-ormonale a 24–36 mesi o in presenza di nuovi sintomi suggestivi per un deterioramento della funzione anteroipofisaria (1-3). Nei pazienti con ESS, il follow-up deve essere personalizzato e orientato alla verifica dell'efficacia della terapia sostitutiva.

Tabella 1 – Principali alterazioni endocrine associate alla sella vuota primaria

Asse ipofisario	Frequenza riportata
Deficit di GH	15–25%
Ipogonadismo centrale	20–26%
Insufficienza surrenalica	14–22%
Ipotiroidismo centrale	10–25%
Iperprolattinemia	6–18%

Conflitti di interesse: Le autrici dichiarano di non aver conflitti di interesse

Consenso informato: Lo studio presentato in questo articolo non ha richiesto sperimentazione umana.

Studi sugli animali: Le autrici di questo articolo non hanno eseguito studi sugli animali.

Bibliografia di riferimento

- 1) Padovano Sorrentino F, Chiloiro S, Giampietro A et al. (2024) Empty sella syndrome: an update. *Pituitary*. 28(1):13. doi: 10.1007/s11102-024-01475-z
- 2) Lundholm MD, Yogi-Morren D (2024) A Comprehensive Review of Empty Sella and Empty Sella Syndrome. *Endocr Pract*. 30(5):497-502. doi: 10.1016/j.eprac.2024.03.004
- 3) Carosi G, Brunetti A, Mangone A et al. (2022) A Multicenter Cohort Study in Patients with Primary Empty Sella: Hormonal and Neuroradiological Features Over a Long Follow-Up. *Front Endocrinol (Lausanne)* 13:925378. doi: 10.3389/fendo.2022.925378