



## 24 - ¿ES POSIBLE ANTICIPAR EL DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO DE LOS TUMORES CORTICOTROPOS SILENTES?

C. Guillén Morote<sup>1</sup>, J. Sottile<sup>2</sup>, E. García Garrigós<sup>3</sup>, J. Abarca<sup>4</sup>, M.E. Torregrosa Quesada<sup>5</sup>, C. Soriano López<sup>6</sup>, E.M. Santacruz Cerdá<sup>7</sup>, J. Serrano Gotarredona<sup>7</sup> y A. Picó Alfonso<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. <sup>2</sup>Instituto de investigación Biomédica de Alicante. <sup>3</sup>Servicio de Radiología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. <sup>4</sup>Servicio de Neurocirugía, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. <sup>5</sup>Servicio de Análisis Clínicos, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. <sup>6</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Elche. <sup>7</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

### Resumen

**Introducción:** Los tumores corticotropos silentes (TCS) son un subtipo de tumores hipofisarios silentes (THS) de carácter agresivo, resistentes a los tratamientos habituales y riesgo de recidiva. Al diagnóstico, la mayoría presenta invasión de senos y hasta la fecha, son indistinguibles del resto de tumores hipofisarios (TH).

**Objetivos:** Identificar variables reproducibles y accesibles que ayuden a identificar los TCS. Variables analizadas clínicas: edad, sexo, diámetro máximo tumoral (DMT), bioquímicas: concentraciones prequirúrgicas de FSH, LH, cortisol, ACTH e IGF-1 y radiológicas: SIR y presencia de contenido quístico.

**Métodos:** Se seleccionaron 62 THS (20 TCS y 42TG como grupo control) de la base de TH del Hospital General Dr. Balmis. Se compararon 2 cohortes independientes de muestras cuantitativas; no paramétricas; U Mann-Whitney; correlación Spearman.

**Resultados:** Los TCS tenían una prevalencia mayor entre las mujeres (63,41 vs. 36,59%;  $p < 0,05$ ) con una edad más joven al diagnóstico (50,2 vs. 63,4 años;  $p = 0,0019$ ), mayor invasión al diagnóstico (68,42 vs. 60,5%;  $p < 0,05$ ), mayor riesgo de recurrencia tras la cirugía (25 vs. 9%;  $p = 0,02$ ) (AUC 0,826;  $p = 0,02$ ) y morfología microquística en el 70%.

**Conclusiones:** Deberemos sospechar un TCS como primera opción diagnóstica en una mujer joven con un THS con una ACTH prequirúrgica  $\geq 35$  ng/dL, IGF-1  $\geq 170$  ng/dL y una imagen radiológica compatible: SIR  $\geq 2$  y morfología microquística. La elevación de ACTH podría sugerir la presencia de hipersecreción autónoma de cortisol. La elevación de IGF-1 podría considerarse un marcador de agresividad.