



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

C. Guillén Morote¹, J. Sottile², E. García Garrigós³, J. Abarca⁴, M.E. Torregrosa Quesada⁵, C. Soriano López⁶, E.M. Santacruz Cerdá⁷, J. Serrano Gotarredona⁷ y A. Picó Alfonso⁷

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ²Instituto de investigación Biomédica de Alicante. ³Servicio de Radiología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ⁴Servicio de Neurocirugía, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ⁵Servicio de Análisis Clínicos, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ⁶Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Elche. ⁷Servicio 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 ≥ 35 ng/dL, IGF-1 ≥ 170 ng/dL y una imagen radiológica compatible: SIR ≥ 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.