



160/2565 - MACROADENOMA HIPOFISARIO

C.Álvaro Rubio^a, I.V.Mejía Ganoza^b y M. Tristany Casas^a

^aMédico Adjunto Especialists en Medicina Familiar y Comunitaria. ICS Barcelonés Nord-Maresme. ABS Arenys Mar. ^bMédico Adjunto Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Fundación Privada Hospital de Mollet del Vallés.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 79 años de edad, exfumador, con antecedentes de EPOC enfisematoso, depresión, hipertensión arterial e hiperplasia prostática. Presenta hipoacusia y disfonía de más de un año de evolución. Niega tos, odinofagia o alteraciones olfatorias. En cuanto a la disfonía, fracasó el tratamiento convencional con corticoides, antiinflamatorios y antibiótico; motivo por el cual es derivado a otorrinolaringología de zona.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica normal. Endoscopia: Cordón en faringe posterior derecha que parece muscular pero también podría ser una carótida interna aberrante en posición retrofaríngea. Masa pulsátil visible a través del foramen del esfenoides izquierdo. Cuerdas vocales con algo de déficit de cierre compatible con presbifonía. TAC: masa en base de cráneo que ocupa todo el seno esfenoidal y parte posterior de las celdas etmoidales y silla turca. Incluye afectación del clivus. Ambas arterias carótidas se encuentran englobadas por la masa.

Juicio clínico: Ante la primera sospecha de enfermedad maligna se deriva a hospital de referencia en donde confirman mediante RMN el diagnóstico de macroadenoma hipofisario. El estudio hormonal es normal. Se propone realizar cirugía transesfenoidal. Tras explicar las opciones terapéuticas, el origen, complicaciones y el pronóstico de la enfermedad, el paciente decide no operarse. Lo argumenta a su avanzada edad, al encontrarse bien y al ser no ser un proceso maligno. A seis meses desde el diagnóstico, persiste asintomático.

Diagnóstico diferencial: Tumores: metástasis (mama y próstata), tumor de células germinales, gliomas, cordoma, teratoma, pinealoma ectópicos, hamartoma, prolactinoma. Quistes: quiste de la bolsa de Rathke, craneofaringioma, quiste aracnoideo y dermoide. Enfermedades inflamatorias e infecciosas: neurosarcoidosis, tuberculosis, granulomatosis de células gigantes, histiocitosis X, absceso hipofisario, hipofisitis linfocítica. Hiperplasia hipofisaria: embarazo, hipotiroidismo primario. Lesiones vasculares: aneurisma de carótida intraselar, fístula arteriovenosa.

Comentario final: La prevalencia de incidentalomas hipofisarios mediante se aproxima al 10%. Los macroadenomas hipofisarios (diámetro superior a 10 mm) son realmente infrecuentes (prevalencia del 0,20%). Son tumores benignos que debido a su tamaño pueden debutar con síntomas neurológicos (cefalea, diplopía, hemianopsia temporal; razón que lleva al paciente a buscar ayuda médica) y/o provocar hipo o hipersecreción hormonales (enfermedad de Cushing, hipertiroidismo,

acromegalia, hipogonadismo, síndrome de galactorrea-amenorrea, hipopituitarismo). Si son macroadenomas o en caso de hipersecreción hormonal que no responda a tratamiento farmacológico deben ser tratados con cirugía trasfenoidal como primera opción. Su pronóstico es muy bueno a largo plazo si se resecan en su totalidad. Si existe invasión del seno cavernoso o no es posible la cirugía, está indicado realizar tratamiento con radioterapia estereotáxica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre Sánchez-Covisa M, Hernández González A, Chamorro Prado R, Sanabria Pérez MC. Apoplejía hipofisaria: 3 casos con buena evolución sin tratamiento quirúrgico. *Endocrinol Nutr.* 1998;45:64-7.
2. Aron DC, Howlett TA. Pituitary incidentalomas. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2000;29:205-21.
3. Beck-Peccoz P, Persani L. Medical management of thyrotropin-secreting pituitary adenomas. *Pituitary.* 2002;5:83-8.