



212/447 - Pituicitoma hipofisario. A propósito de un caso

R.E. Moya Torrico^a y M.A. Paredes Alvarado^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Sant Cugat del Vallès. Barcelona. ^bMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Olesa de Montserrat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años acude a su médico de familia por clínica de 6 meses de evolución de astenia, cambios de estado de ánimo, pérdidas de memoria, cefalea, poliuria y polidipsia. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos. Trastorno bipolar desde hace 20 años en tratamiento farmacológico.

Exploración y pruebas complementarias: Glasgow 15, no déficit motor ni sensitivo. Campo visual alterado. Resto de pares craneales conservados. No otra focalidad neurológica. Campimetría: leve afectación quiasmática por compresión. Analítica: hiperprolactinemia, osmolaridad plasmática elevada. TC craneal: tumoración sólida hiperdensa supraselar de 3,5 cm de diámetro.

Juicio clínico: Dado el hallazgo en TC es derivado a Neurocirugía. Se completa estudio con RM craneal: lesión supraselar de 31 × 38 × 32 mm centrada en cisterna interpeduncular y desplazamiento del 3^{er} ventrículo con compresión hipotalámica. Se realizó craneotomía pterional derecha con exéresis parcial de la lesión. El estudio anatomo-patológico confirmó diagnóstico de pituitoma (inmunorreactividad a la vimentina, proteína S-100 y GFAP1). Se realizó segunda intervención para exéresis total del tumor y colocación de DVE 3^{er} ventrículo. Presentó una evolución clínica lenta, sin focalidad neurológica de novo persistiendo hemianopsia homónima izquierda. Desde el punto de vista endocrinológico desarrolló diabetes insípida y panhipopituitarismo que precisó tratamiento hormonal sustitutivo. Dada la buena evolución fue dado de alta con tratamiento hormonal sustitutivo para seguir control ambulatorio posterior.

Diagnóstico diferencial: Histológicamente se plantea el diagnóstico diferencial con el meningioma y el oncocitoma de células granulares; la morfología y la inmunohistoquímica con positividad para EMA en ambos tumores y la negatividad para GFAP en el meningioma ayudan al diagnóstico.

Comentario final: El pituitoma es un tumor raro, benigno, de crecimiento lento que se origina en hipófisis posterior o en su tallo. El diagnóstico se realiza según los criterios histológicos (Clasificación Tumores del SNC OMS 2007) que permite diferenciarlo de otros tumores de la región posterior hipofisaria. La sintomatología más frecuente es la perturbación visual, cefalea y alteraciones endocrinológicas. El tratamiento de primera elección es la resección total.

Bibliografía

1. Yongji T, Shenglin Y, Zhang Y. Childhood giant pituicytoma: A report and review of the literature. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2013;;115:1943-50.
2. Rivero D, Barrera M, Orduna J, Lorente A, Alfaro J, Alberdi JA et al. Pituicitoma hipofisiario. *Neurocirugia*. 2012;23:165-9.
3. Arandaa FI, Torob PA, González MJ, Niveiroa M. Oncocitoma fusocelular hipofisiario. *Revista Española de Patología*. 2013;46:206-11.

Palabras clave: *Tumor hipofisiario. Pituicitoma.*