

Notas clínicas

TRIGEMINAL NEURALGIA AS A MANIFESTATION OF PITUITARY MACROADENOMA

Pituitary adenomas are generally regarded as benign tumors, although they can invade neighboring structures such as the cavernous sinus in 9-40% of cases.

Extension of pituitary adenomas towards the cavernous sinus can compress the cranial nerves in the area, such as cranial nerves III, IV and VI, and the first and second branches of the trigeminal nerve. Headache is frequent in patients with pituitary adenoma and can be caused by multiple entities. Trigeminal neuralgia as a result of trigeminal nerve compression is a rare cause of headache in these patients and is even more unusual as an isolated symptom.

We present the case of a patient with a macroprolactinoma causing trigeminal neuralgia. Complete remission of pain was produced after the adenoma was treated with cabergoline.

Key words: Trigeminal neuralgia. Pituitary adenoma. Headache.

Neuralgia del trigémino como manifestación de un macroadenoma hipofisario

MARÍA PERALTA WATT^a, PEDRO JOSÉ PINÉS CORRALES^a,
CARLOS ROA LLAMAZARES^a, TERESA ANTÓN BRAVO^a,
DAVID PEÑALVER TALAVERA^b Y ROSA ÁLVAREZ SANTIRSO^a

^a*Servicio de Endocrinología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.*

^b*Unidad de Endocrinología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. Cáceres. España.*

Los adenomas hipofisarios son tumores con un comportamiento generalmente benigno aunque en alrededor del 9 al 40% de los casos invaden estructuras vecinas. La extensión hacia los senos cavernosos de los adenomas hipofisarios puede producir una compresión de las estructuras que alberga, como los pares craneales oculomotores (III, IV y VI) y la primera y la segunda rama del trigémino.

La cefalea es un síntoma frecuente en los pacientes que presentan un adenoma hipofisario y puede estar producida por múltiples causas. La neuralgia del trigémino como consecuencia de la compresión del nervio en su recorrido por el seno cavernoso es una causa rara de cefalea en estos pacientes, y es todavía más infrecuente que éste sea el único síntoma que produzca un adenoma hipofisario.

Presentamos el caso de una paciente con un macroprolactinoma que presentó como síntoma una neuralgia del trigémino con una remisión completa del dolor tras el tratamiento del adenoma con cabergolina.

Palabras clave: Neuralgia del trigémino. Adenoma hipofisario. Cefalea.

INTRODUCCIÓN

La cefalea es un síntoma frecuente en los pacientes con adenomas hipofisarios. Se puede manifestar de muchas formas, la más habitual es como una cefalea crónica o como una migraña¹. Este síntoma no siempre se correlaciona con el tamaño del adenoma o con su extensión². En algunos casos, se puede producir por la compresión del nervio trigémino en su trayecto por el seno cavernoso cuando hay una invasión de éste. En estos casos se suelen afectar también los pares craneales oculomotores por su proximidad al trigémino en el seno cavernoso. En el caso que presentamos, la paciente tenía una neuralgia del trigémino sin otros síntomas de invasión del seno cavernoso, como manifestación de un macroprolactinoma, lo que supone una forma de presentación excepcional³. Por otro lado, entre las causas que pueden producir

Correspondencia: Dra. M. Peralta Watt.
Servicio de Endocrinología. Hospital Ramón y Cajal.
Ctra. Colmenar, km 9,100. 28034 Madrid. España.
Correo electrónico: mariapwatt@hotmail.com

Manuscrito recibido el 6-6-2006 y aceptado para su publicación el 23-10-2006.

una neuralgia del trigémino, los adenomas hipofisarios son también poco habituales⁴.

La primera línea de tratamiento de los macroprolactinomas son los agonistas dopaminérgicos, que producen una normalización de las concentraciones de prolactina y una disminución importante del tamaño tumoral en un porcentaje alto de casos^{5,6}.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 72 años visitada en nuestro hospital por un cuadro de dolor periorbitario derecho con irradiación temporoparietal muy intenso, de comienzo brusco y con exacerbaciones. No presentaba síntomas visuales ni focalidad neurológica motora ni sensitiva. Tampoco tenía claudicación mandibular o debilidad muscular asociada. Como antecedentes personales tenía hipertensión arterial esencial, asma bronquial, cirrosis biliar primaria, osteoporosis y poliartritis. La exploración física era normal. Los datos de laboratorio mostraban velocidad de sedimentación globular elevada (71 mm primera hora) como único hallazgo. Se realizó una tomografía computarizada craneal que no mostró alteraciones. La paciente fue ingresada en el servicio de reumatología debido a la dificultad del control del dolor, con la sospecha de arteritis de la temporal, aunque no se podía excluir que se tratase de una neuralgia atípica del trigémino. Se comenzó tratamiento con glucocorticoides orales y con amitriptilina. Se realizó una biopsia de la arteria temporal que no mostró signos de arteritis. Dado que el dolor era indicativo de afectación de la primera y la segunda ramas del trigémino, se realizó una resonancia magnética (RM), que objetivó la imagen de un macroadenoma hipofisario de 2 cm que invadía los senos cavernosos y con extensión supraselar (fig. 1). Con este dato, se revisaron los síntomas que había presentado la paciente, que refería un episodio 12 años antes de galactorrea bilateral tratada por el servicio de ginecología, sin que se pudiera recuperar la información de las concentraciones de prolactina ni del fármaco utilizado, con una resolución completa a los pocos meses. Había presentado la menarquia a los 14 años, con menstruaciones regulares desde entonces hasta los 42 años. No refería otros síntomas de hipersecreción o hiposecreción hipofisaria. Se realizaron determinaciones basales de las hormonas hipofisarias, en las que la prolactina basal era de 1.230 ng/ml sin otras alteraciones de la función hipofisaria. La función del eje corticotropo tuvo que ser evaluada posteriormente dado que la paciente se encontraba en tratamiento con glucocorticoides; tampoco presentó alteraciones. La campimetría visual reveló una hemianopsia temporal en el ojo derecho y una reducción concéntrica del campo visual en el ojo izquierdo.

Se comenzó tratamiento con cabergolina, aumentando progresivamente la dosis hasta 1 mg 2 veces a la semana. El tratamiento con glucocorticoides fue disminuyéndose hasta 5 mg al día de prednisona. Posteriormente se realizó una prueba de corticotropina (ACTH) con una respuesta normal del cortisol, y se suspendió el tratamiento glucocorticoideo. Tras 1 mes de tratamiento con cabergolina, a pesar de que la paciente ya no recibía tratamiento con amitriptilina ni con glucocorticoides, se mantenía sin dolor. Tres meses después, las concentraciones de prolactina eran normales (11 ng/dl), en una nueva RM realizada se observó una reducción muy importante del adenoma hipofisario (fig. 2) y la paciente permanecía asintomática.

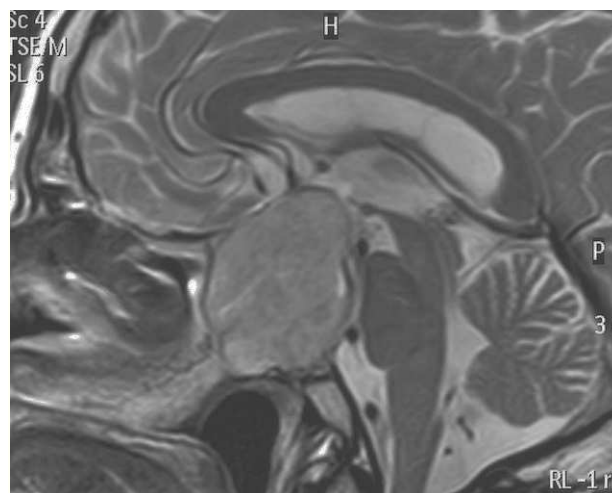
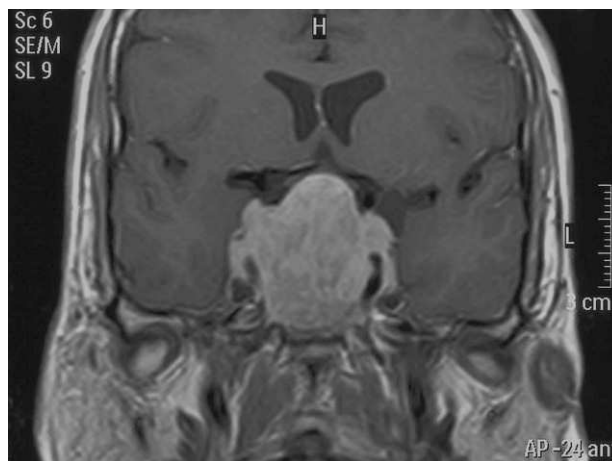


Fig. 1. Macroadenoma hipofisario que invade el seno cavernoso y presenta extensión supraselar.

DISCUSIÓN

La neuralgia del trigémino es un síntoma poco frecuente de los adenomas hipofisarios. Ocurre cuando el adenoma invade el seno cavernoso y comprime la primera y la segunda ramas del trigémino. Hay muy pocos casos descritos en la literatura médica en los que la neuralgia del trigémino sea el único síntoma de un adenoma hipofisario por su habitual asociación con la afectación de los nervios oculomotores. El primer caso fue descrito por Gazioglu et al³ en el que se diagnóstico un adenoma hipofisario como causa de una neuralgia del trigémino sin otros síntomas asociados, que se resolvió tras la cirugía. Por lo tanto, este caso supone una presentación muy poco habitual de un macroadenoma hipofisario que produce únicamente una neuralgia del trigémino sin afectación del resto de las estructuras del seno cavernoso. Ante estos hallazgos, en el diagnóstico diferencial de los pacientes con neuralgia del trigémino, incluso sin otros síntomas asociados, deberemos incluir este proceso⁷.

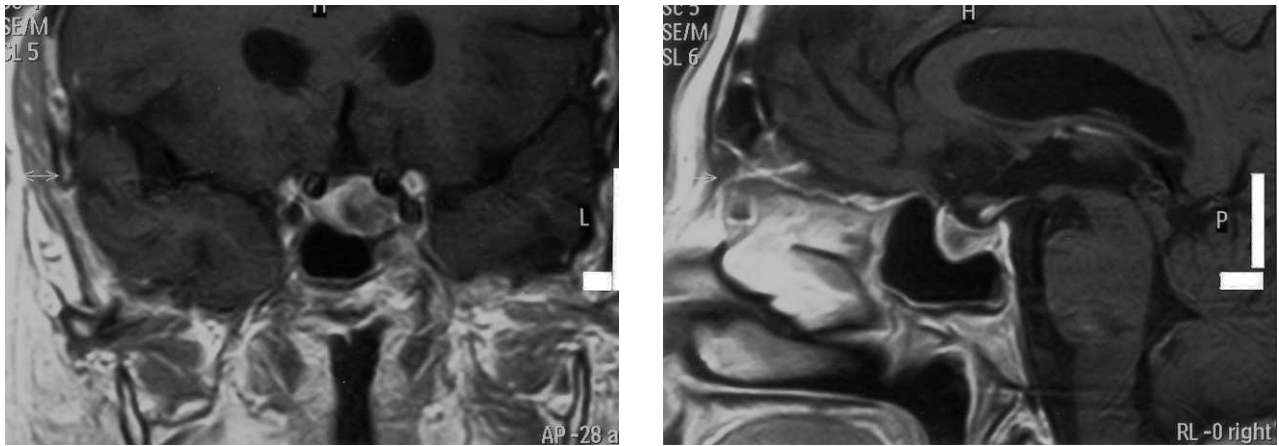


Fig. 2. Reducción del volumen tumoral tras 3 meses de tratamiento médico.

El tratamiento con cabergolina en nuestra paciente logró una disminución rápida del tamaño tumoral con una consiguiente resolución de la neuralgia del trigémino debido a la descompresión del nervio. Este tratamiento evitó la cirugía del tumor para la resolución de la compresión del trigémino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levy MJ, Matharu MS, Meeran K, Powell M, Goadsby PJ. The clinical characteristics of headache in patients with pituitary tumours. *Brain*. 2005;128:1921-30.
2. Levy MJ, Matharu MS, Goadsby PJ. Prolactinomas, dopamine agonists and headache: two case reports. *Eur J Neurol*. 2003; 10:169-73.
3. Gazioglu N, Tanriover N, Tuzgen S. Pituitary tumour presenting with trigeminal neuralgia as an isolated symptom. *Br J Neurosurg*. 2000;14:579.
4. Turp JC, Gobetti JP. Trigeminal neuralgia-an update. *Compend Contin Educ Dent*. 2000;21:279-82.
5. Verhelst J, Abs R. Hyperprolactinemia: pathophysiology and management. *Treat Endocrinol*. 2003;2:23-32.
6. Iglesias P, Pérez Macho L, Díez JJ. Resolution of macroprolactinoma-induced symptomatic hydrocephalus following cabergoline therapy. *Age Ageing*. 2004;33:410-2.
7. Baumel B, Eisner LS. Diagnosis and treatment of headache in the elderly. *Med Clin North Am*. 1991;75:661-75.