



Revista de Endocrinología y Nutrición
Vol. 21, No. 4 • Octubre-Diciembre 2013 • pp 171-174

Caso clínico

Metástasis en la hipófisis de cáncer primario de mama

María Augusta Astudillo-Calle,* Alma Vergara-López,** Miguel Ángel Guillen-Gonzalez***

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 72 años de edad, con antecedentes de cáncer de mama derecha, que después de 15 años de diagnóstico de una neoplasia primaria presentó cefalea intensa, alteraciones visuales, y ptosis palpebral. En las imágenes radiológicas, se evidenció una lesión de la hipófisis, la cual fue estudiada por biopsia, reportándose una metástasis ductal de cáncer de mama.

Palabras clave: Cáncer, metástasis, hipófisis.

Abstract

We report a 72-year-old with a history of right breast cancer, 15 years after diagnosis of the primary neoplasm present severe headache, visual disturbances, ptosis and radiological imaging of pituitary injury, which was studied by biopsy, where reported metastatic ductal breast cancer.

Key words: Cancer, metastasis, pituitary.

Introducción

Las metástasis hipofisarias constituyen menos de 1% de las lesiones de la hipófisis y de 0.14 a 28% de todas las metástasis cerebrales en series de autopsias reportadas. El 39% de éstas se presentan en las mujeres de forma secundaria al cáncer de mama; en los varones, el 30% son secundarias al cáncer de pulmón.¹ Asimismo, hay otros sitios de tumores primarios reportados pero son menos frecuentes, tal es el caso de presentación en el

colon, estómago, próstata, melanoma y riñón.² Las metástasis hipofisarias son un problema clínico poco común y, hasta el año 2004, sólo 400 casos han sido reportados en todo el mundo.³ Su edad de presentación es entre la sexta y séptima décadas de la vida, en promedio 4.5 años después del diagnóstico del tumor primario. Las metástasis después de 10 años son infrecuentes;¹ estas lesiones son sintomáticas en sólo 8% de los casos, siendo la diabetes insípida el signo más importante y frecuente.

www.medigraphic.org.mx

* Residente del segundo año del Servicio de Endocrinología.

** Médico adscrito al Servicio de Endocrinología.

*** Médico adscrito y Jefe del Servicio de Endocrinología.

Centro Médico Nacional «20 de Noviembre».

Recibido: 16-Mayo-2013 Aceptado: 26-Junio-2013

Caso clínico

Mujer de 72 años de edad, diagnosticada en 1998 de cáncer de mama derecha y tratada con mastectomía radical más vaciamiento ganglionar y tamoxifeno por cinco años. En 2007, recibió radioterapia y anastrozol, y en 2011 se le diagnosticó enfermedad metastásica en esternón tratada con quimioterapia y ácido zoledrónico. En abril de 2013 presentó cefalea frontal de inicio súbito, de intensidad 10/10, diplopía y ptosis palpebral derecha. Fue tratada con analgésicos intravenosos cediendo levemente la cefalea. Fue enviada a Oftalmología por ptosis palpebral, en donde después de su evaluación fue enviada a que se le realizaran exámenes radiológicos y valoración por Neurocirugía. Se realizó RMN cerebral y se diagnosticó un macroadenoma hipofisario (*Figuras 1 y 2*).

Tiempo después, fue enviada a Endocrinología en su lugar de origen. La paciente recibió cabergolina durante cuatro semanas por aparente hiperprolactinemia (se desconocen los valores basales de prolactina), posteriormente le fue suspendida por presentar intolerancia gástrica. En junio, le realizaron biopsia de hipófisis y posteriormente fue enviada al Centro Médico Nacional «20 de Noviembre» para valoración y tratamiento definitivo. Se recibió reporte de histopatología de biopsia hipofisaria con hallazgo de metástasis de cáncer ductal de mama (*Figuras 3 y 4*). Dos meses antes del ingreso a nuestro hospital estaba recibiendo 50 mg de prednisona como parte del protocolo de tratamiento del cáncer primario. Fue valorada en sesión conjunta con los Servicios de Neurocirugía, Oncología Quirúrgica y Radioterapia; al no ser candidata a tratamiento quirúrgico, se decidió iniciar radioterapia, recibiendo 25 sesiones (dosis total 50 Gy) y sustitución hormonal con levotiroxina y prednisona. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta en buenas condiciones. Fue citada nuevamente a los seis meses para controles de laboratorio y resonancia magnética de hipófisis de control.

Laboratorios basales

Perfil hormonal: TSH 1.79 mUI/L, T4T 52.4 nmol/L, T4L 6.51 nmol/L, T3T 0.69 nmol/L, prolactina 32.46 ng/mL, FSH 0.56 UI/L, LH 0.10 UI/L, cortisol 2.49 µg/dL, estradiol < 73.4 pmol/L, progesterona < 0.64 pmol/L, GH 0.05 ng/MI.

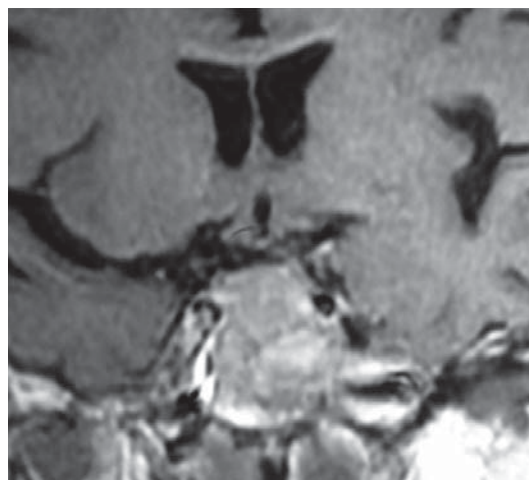


Figura 1. Masa hipercaptante heterogénea dependiente de la hipófisis: expansiva y ensanchada que invade ambos senos cavernosos en un 80% aproximadamente, envuelve parcialmente las carótidas internas, se extiende en sentido superior, remodelando el techo del seno esfenoidal.

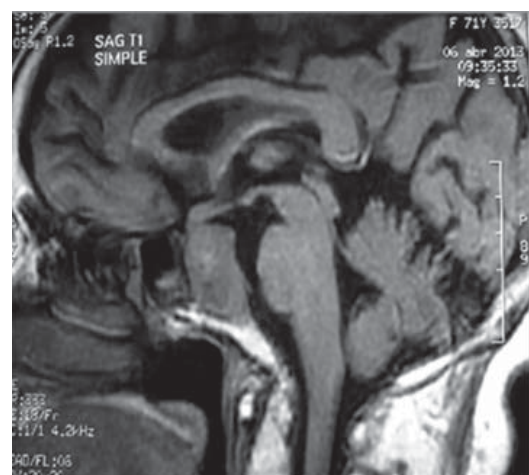


Figura 2. Masa hipercaptante heterogénea dependiente de hipófisis: expansiva, ensanchada en sentido laterolateral que mide 22 mm, céfalo caudal de 23 mm y dorso ventral de 22 mm.

Discusión

El cáncer primario de mama es una de las neoplasias más frecuentes y su recurrencia dentro de los cinco primeros años después del diagnóstico es frecuente; si bien en relación con las tasas de recurrencia y recidiva de la enfermedad después de los 10 años, éstas son bajas. En este sentido, las metástasis en hipófisis son complicaciones raras del cáncer, representando sólo 1% de las lesiones hipofisarias.¹ En general, los sitios más importantes

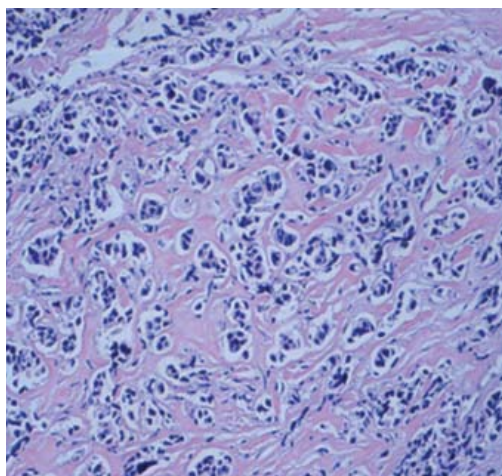


Figura 3. Se observan grupos de células neoplásicas que se organizan en pequeños conductos. Las células muestran pleomorfismo nuclear moderado y algunas vacuolas intracitoplasmáticas.

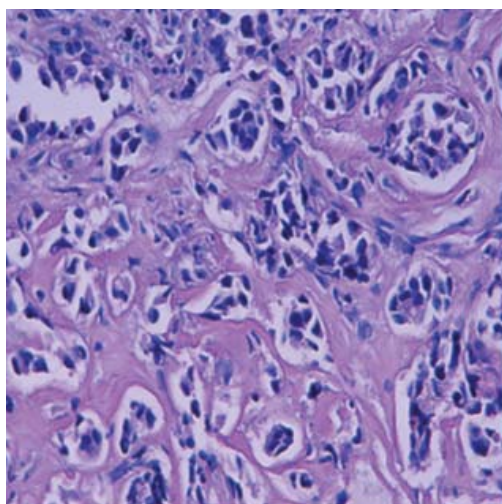


Figura 4. Las vacuolas intracitoplasmáticas de las células neoplásicas son positivas.

para la metástasis de un cáncer primario de mama son hueso, el hígado y el pulmón. No hay predominio de género. Al momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes son de edad avanzada, y tienen enfermedad generalizada con múltiples sitios de implantación. Las metástasis hipofisarias también pueden ser la primera presentación de un cáncer primario oculto o pueden ser el único sitio de metástasis.¹

El diagnóstico de las metástasis hipofisarias puede ser complicado, especialmente si el tumor primario es desconocido. Hasta 16% de pacientes con una neoplasia maligna puede además

tener un adenoma de hipófisis.² Cerca de 20% de pacientes con metástasis en la hipófisis son asintomáticos u oligosintomáticos. Las metástasis son con frecuencia descubiertas accidentalmente durante la búsqueda de cáncer secundario en una autopsia.³

La forma más común —y por excelencia de la presentación clínica de la metástasis hipofisaria— es la diabetes insípida, seguido de las alteraciones visuales resultado de una compresión del quiasma óptico. La relativa alta frecuencia de diabetes insípida se explica por diseminación hematógena del cáncer; existe gran suministro de sangre al lóbulo posterior de la hipófisis, el cual se origina directamente de la arteria carótida.³

Una tercera parte de los pacientes con lesiones metastásicas hipofisarias presentan insuficiencia pituitaria completa o parcial, esto se relaciona usualmente por un adenoma grande y que resulta en un efecto de masa y destrucción del tejido hipofisario.³

El aporte sanguíneo a la adenohipófisis por los vasos portales la hace más susceptible a la isquemia y la pobre calidad de los vasos metastásicos puede ocasionar una hemorragia intratumoral.^{2,3} Esta apoplejía hipofisaria puede presentarse en cerca de 5% de las metástasis pituitarias, reportado en dos casos, siendo esta la primera manifestación clínica. Esta condición puede poner en peligro la vida del paciente y requerir cirugía inmediata. La parálisis de los nervios craneales son consecuencia de la apoplejía pituitaria o más frecuentemente por invasión del tejido metastásico a los senos cavernosos, siendo los nervios más comúnmente afectados el III y IV par craneal.^{3,4} Otros signos y síntomas menos comunes son alteraciones del estado mental, desórdenes alimenticios, convulsiones e hiperfunción pituitaria.^{2,3}

La evaluación por rayos X es incapaz de distinguir entre un adenoma benigno de una lesión metastásica, siendo estas últimas comúnmente diagnosticadas por histología durante o después de una cirugía. Como en algunos tumores benignos (en particular aquellos secretores de ACTH o de hormona de crecimiento) que muestran pleomorfismo nuclear, con figuras mitóticas e invasión local pituitaria, la realización de inmunohistoquímica sería necesaria para el diagnóstico.³

El marcador de proliferación Ki 67 es de particular valor, sobre todo porque el adenoma raramente muestra una alta proliferación de índice mitótico, el cual puede ser muy elevado en adenomas invasivos y cáncer pituitario primario.³

El diagnóstico histopatológico de masa pituitaria metastásica es usualmente más sencillo si el paciente tiene una historia de tumor primario maligno. La situación se vuelve mucho más complicada cuando un tejido tumoral está formando parte de la pituitaria en un paciente sin historia previa de enfermedad metastásica. Es ese caso, el carcinoma pituitario maligno ha sido considerado como una condición extremadamente rara pero posible.¹

El carcinoma pituitario puede ser no funcional; por tanto, la inmunohistoquímica para las hormonas pituitarias no excluye un tumor maligno primario. La naturaleza endócrina del cáncer puede ser probada por una tinción positiva de sinaptofisina y/o cromogranina.^{1,4}

El tratamiento, básicamente, es paliativo; éste dependerá de los síntomas y de la extensión de la enfermedad sistémica. Los informes de cirugía indican que las lesiones son difusas, invasivas, vascularizadas y hemorrágicas; por lo tanto, su resección total es improbable. La radiación local y/o quimioterapia son recomendadas como el punto inicial de tratamiento, especialmente en pacientes con metástasis de gran extensión, en combinación con terapia de sustitución de hormonas.^{2,5}

La exploración y la descompresión quirúrgica sola o combinada con radiación es esencial, sobre todo si la aclaración del diagnóstico afecta la terapia o si la extensión supraselar provoca un deterioro progresivo en la visión o dolor.² La cirugía y la radiación son bien toleradas, se asocian con baja mortalidad, mínimas complicaciones, alivio de los síntomas y no afectan las tasas de supervivencia.²

Conclusión

Las manifestaciones clínicas atípicas de las metástasis en la hipófisis causan retraso en el diagnóstico y tratamiento, ya que se confunden con las de los macroadenomas. La sobrevida es de 6 a 7 meses. El pronóstico de un paciente con metástasis hipofisaria depende fuertemente del tipo de tumor primario, antecedentes de metástasis anteriores y la edad del paciente: a mayor edad más desfavorable es el desenlace.

Bibliografía

1. Spinelli GP, Lo Russo G, Miele E, Prinzi N, Tomao F, Antonelli M, Giangaspero F, Stati V, Strudel M, Tomao S: Breast cancer metastatic to the pituitary gland: a case report. *World J Surg Oncol*. 2012; 10: 137.
2. Golkowski F, Trofimiuk M, Czepko R, Buziak-Bereza M, Lopatka P, Adamek D, Baldys-Waligórska A, Huszno B: Two rare cases of pituitary metastases from breast and kidney cancers. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2007; 115: 537-540.
3. Komninos J, Vlassopoulou V, Protopapa D, Korfias S, Kontogeorgos G, Sakas DE, Thalassinou NC: Tumors metastatic to the pituitary gland: case report and literature review. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004; 89: 574-580.
4. Heshmati H, Scheithauer BW, Young WF. Metastases to the pituitary gland. *The Endocrinologist*. 2002; 12: 45-49. Review Article Núm. 4.
5. Poursadegh Fard M, Borhani Haghighi A, Bagheri MH: Breast Cancer Metastasis to Pituitary Infundibulum. *Iran J Med Sci*. 2011; 36: 141-144.

Correspondencia:

María Augusta Astudillo Calle

Aniceto Ortega Núm. 1338, Col. Del Valle,

Del. Benito Juárez, 03100, México, D.F.

Tel: 5523434276.