

Revista de Endocrinología y Nutrición

Volumen
Volume **13**

Suplemento
Supplement **1**

Julio-Septiembre
July-September **2005**

Artículo:

Abordaje del incidentaloma hipofisiario

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



edigraphic.com



Hipófisis

Abordaje del incidentaloma hipofisario

Jorge Anselmo Valdivia López*

* Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo SS. Aguascalientes, Aguascalientes.

El incidentaloma hipofisario es el hallazgo fortuito de una lesión en un paciente evaluado por otros motivos. Su prevalencia es distinta si la búsqueda ha sido motivada por criterios clínicos o si se trata de series de autopsia o radiológicas. En esta última¹ los microadenomas son más frecuentes que los macroadenomas. En contraste, en las series clínicas los macroadenomas son más frecuentemente reportados.² Si se realiza un estudio de resonancia magnética (RM), el 10% de individuos en población no seleccionada tendrán una imagen anormal.

EL PROBLEMA CLÍNICO

Si bien es recomendable realizar estudios en todos los casos, las características de la evaluación y el seguimiento de los incidentalomas deben estar determinados por el estado actual del paciente y por un juicio clínico adecuado.³

Si el hallazgo inicial se hizo con una tomografía (TAC), es conveniente realizar un estudio de resonancia magnética porque permite una mejor visualización de los detalles y relaciones anatómicas y porque este último estudio puede discernir la presencia de aneurismas.

EVALUACIÓN HORMONAL

Ante una lesión encontrada de manera fortuita, la principal posibilidad es la de un adenoma hipofisario, por lo tanto, todos los incidentalomas deben ser evaluados a fin de saber si existe hipersecreción hormonal, independientemente de su tamaño.

Deben realizarse niveles basales de prolactina. Esta hormona también puede elevarse por fármacos y cau-

sas diversas. Una lesión mayor de 2 cm, asociada a un nivel de prolactina menor de 200 ng/mL no necesariamente es un prolactinoma, pues el solo efecto de masa sobre el tallo hipofisario interfiere en la transmisión de factores inhibitorios de la secreción de prolactina.

La hipersecreción de hormona de crecimiento (GH) debe estudiarse mediante la determinación de IGF-I y la realización de una curva de tolerancia a la glucosa con determinaciones de GH. La determinación de cortisol en orina de 24 horas y la prueba de inhibición con 1 mg de dexametasona son pruebas útiles si se sospecha enfermedad de Cushing. A fin de evaluar la hipersecreción de gonadotropinas se realizarán determinaciones de FSH, LH, subunidades alfa de las mismas y una prueba de estimulación con TRH. Un adenoma productor de TSH se manifestará mostrando valores inapropiadamente normales o altos de TSH en el contexto de hipertiroidismo. En las lesiones mayores de 1 cm es necesario investigar si se ha producido algún grado de hipopituitarismo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Apoya el diagnóstico de craneofaringioma la presencia de una masa sólida asociada a una porción quística y la presencia de calcificaciones. La porción quística es notoriamente hiperintensa en T1 (hemorragia o alto contenido proteico). El 95% de los pacientes con craneofaringiomas tienen hipopituitarismo.⁴ Los meningiomas están asociados con hiperostosis del hueso adyacente en el 50% de los casos, refuerzan de una manera más homogénea con el gadolinio que los adenomas y el epicentro del tumor es más supraselar que selar. Los gliomas son hipointensos en T1 e hiperintensos en

T2. Si se han originado del nervio óptico o del quiasma pueden ensanchar el foramen óptico. Las metástasis de diversas neoplasias a la hipófisis son difíciles de distinguir de los adenomas radiológica y clínicamente, pero a diferencia de estos últimos, suelen causar diabetes insípida. Los quistes de la bolsa de Rathke ocurren en adultos, generalmente permanecen pequeños, intraselares y asintomáticos pero un tercio se extienden supraselarmente. Raramente producen problemas hormonales y/o visuales. En la RMN son hipointensos en T1 e hiperintensos en T2, lo cual puede hacer que se confundan con quistes aracnoideos. No obstante, el contenido del quiste de Rathke puede dar una señal isointensa o hiperintensa en T1. La pared de los quistes de Rathke puede reforzar con el medio de contraste y tener el aspecto de un anillo delgado. Los quistes aracnoideos son raros. Su contenido es hipointenso en T1 e hipointenso a hiperintenso en T2. No refuerzan con el contraste.

La posibilidad de hipertrofia hipofisiaria debe ser siempre considerada en mujeres jóvenes (especialmente entre 10 y 19 años), en mujeres postmenopáusicas, en el embarazo, y en situaciones patológicas como hipotiroidismo e hipersecreción de CRH y de GHRH. También debe considerarse la posibilidad de una variante anatómica normal que persista a lo largo del tiempo. Durante el embarazo la hipófisis puede ser hiperintensa y el crecimiento puede persistir hasta terminar la primera semana postparto. En los pacientes deprimidos la hipófisis también puede mostrar un aumento de volumen de aspecto homogéneo.

RECOMENDACIONES

Una lesión activa hormonalmente recibirá el tratamiento apropiado según la hipersecreción documentada.

Si se trata de un tumor no productor menor de 1 cm, el seguimiento se basa en la posibilidad de crecimiento. Para los prolactinomas el riesgo acumulado de crecimiento a 5 y a 7 años es del 5 al 7%. Las citas de seguimiento serán anuales, bianuales y después a mayor plazo. Las lesiones mayores de 1 cm se pueden someter a cirugía tempranamente o se les puede vigilar cada seis meses preferentemente con imágenes de RM para evitar la radiación, y enviar a cirugía en cuanto haya indicios de aumento de volumen. La cirugía debe realizarse en todos los casos en donde se documenten defectos de campos visuales, compresión del quiasma, invasión del seno cavernoso o diversos grados de hipopituitarismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hall WA, Luciano MG, Doppman JL et al. Pituitary magnetic resonance imaging in normal human volunteers: occult adenomas in the general population. *Ann Intern Med* 1994; 120: 817-820.
2. Yue NC, Lonstreh Jr WT, Elster AD et al. Clinically serious abnormalities found incidentally at MR imaging of the brain: data from the Cardiovascular Health study. *Radiology* 1997; 202: 41-46.
3. Molitch ME. Pituitary incidentalomas. *Endocrinology and Metabolism Clinics* 1997; 26(4): 725-740.
4. Chanson P, Young J. Pituitary incidentalomas The Endocrinologist 2003; 13(2): 124-135.