

Revista de Endocrinología y Nutrición

Volumen 13
Volume

Suplemento 1
Supplement

Julio-Septiembre 2005
July-September

Artículo:

Tumores hipofisarios de difícil manejo

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](#)





Hipófisis

Tumores hipofisarios de difícil manejo

Moisés Mercado Atri*

* Jefe del Servicio de Endocrinología.
Hospital de Especialidades, CMN Siglo
XXI, IMSS.

Se presentará el abordaje de dos problemas neuroendocrinológicos comunes. El primero, es el desarrollo de fistulas de líquido cefalorraquídeo como consecuencia del tratamiento con agonistas dopaminérgicos de los macroprolactinomas invasores. En segundo término, se hablará de somatotropinomas inoperables que además son resistentes al tratamiento con análogos de la somatostatina. Se discutirá el papel de los antagonistas del receptor de GH en este escenario así como de los riesgos y beneficios de la radioterapia, tanto la convencional como la radiocirugía.

A continuación se resumen los casos clínicos que serán presentados:

CASO 1

Hombre de 38 años de edad, sin antecedentes de importancia, acude a médico por cefalea universal progresiva y disminución de la agudeza visual de 1 año de evolución. Refiere también fatiga y somnolencia desde hace 6 meses. Niega disfunción eréctil o cambios en la libido. A la EF, TA 120/80, pulso 80, peso 65 kg, talla 1.72 m. Fondo de ojo sin alteraciones, campimetría con cuadrantopía bitemporal superior, sin ninguna otra alteración neurológica. Sin evidencia de desmasculinización, no hay ginecomastia, genitales normales, de acuerdo a edad y sexo.

- ¿Qué está pasando?
- ¿Cómo manejaría el caso?
 - ¿Medicamente?

¿Quirúrgicamente? Exámenes iniciales: LH 4 mUI/mL, FSH 5 mUI/mL, testosterona 560 ng/mL, prolactina > 200 ng/mL, TSH 1.5 mUI/mL, T4L 1.1 ng/dL, cortisol 7 µg/dL.

RMN: Gran tumor (50 x 69 x 45 mm) con extensión supra y paraselar bilateral, con invasión de ambos senos cavernosos y abombamiento quiasmático. Con gadolinio, el reforzamiento es homogéneo, no hay zonas quísticas ni datos de hemorragia.

- ¿Qué tipo de tumor es?
- ¿Está usted satisfecho con el reporte de la prolactina?
- ¿No le extraña el perfil gonadal?

Se repiten los estudios hormonales, esta vez haciendo diluciones 1:10 y 1:100. El reporte final es el siguiente: Prolactina 6,990 ng/mL, LH 3 mUI/mL, FSH 2 mUI/mL, testosterona 540 ng/mL.

Se inicia prednisona 5 mg diarios así como cabergolina 1.5 mg 3 veces por semana. Dos semanas después, la cefalea ha cedido por completo pero el paciente llama quejándose de rinorrea hialina, particularmente cuando hace Valsalva y cuando se agacha. Al examen físico, es evidente la salida de líquido transparente y acuoso por ambas narinas, ya no se encuentra el déficit campimétrico.

- ¿Qué está sucediendo?
- ¿Cómo averiguar la naturaleza del líquido?
- ¿Se trata de alguna complicación del tratamiento con el agonista dopaminérgico?
- ¿Qué haría usted?

CASO 2

Hombre de 47 años con 1 año de historia de disminución de la libido y disfunción eréctil; nota desde hace 6 meses que ya no se tiene que afeitar más. Reporta cansancio crónico, somnolencia y artralgias. Una semana antes de su primera cita presenta cefalea progresivamente más

severa, predominantemente occipital, con fotofobia. Sin antecedentes de importancia, nunca antes había padecido de cefaleas. Es casado y tiene 2 hijos adolescentes.

A la EF TA 90/60 en decúbito 70/30 al ortostatismo, pulso 125 sin cambios ortostáticos. Se le encuentra diaforético y pálido con evidente dolor. Fondo de ojo con leve borramiento del borde nasal de ambas papilas, sin evidencia de afección de pares craneales III, IV o VI. Existe discreta rigidez de nuca, resto del examen neurológico y general sin alteraciones.

Exámenes iniciales: LH 0.4 mUI/mL, FSH 0.2 mUI/mL, testosterona 150 ng/mL, prolactina 10,500 ng/mL, cortisol 2 µg/dL, TSH 0.4 mUI/mL, T4L 0.2 ng/dL.

RMN: Gran tumor de 35 x 46 x 50 mm, con extensión supraselar y paraselar derecha, con gran componente posterior en el que encuentra zona redondeada de 20 mm de diámetro hiperintensa en el estudio simple.

CASO 3

Masculino de 21 años de edad, comienza su desarrollo puberal a los 12 años, creciendo 8 a 9 cm por año. Refiere que su crecimiento no se ha detenido. Desde los 18 años presenta importante crecimiento de manos, pies, nariz y pabellones auriculares, así como prognatismo, separación dental, cefalea, artralgias de rodillas y disestesias de dedos de las manos. Talla paterna 1.70 m, talla materna 1.60, historia familiar sin importancia. A la EF TA 120/70, pulso 70, talla 1.85 m, peso 105 kg. Evidente acrocrescimiento, con prognatismo, separación dental, acrocordones.

Exámenes iniciales: GH postcarga de glucosa, basal: 30 ng/mL, 30 min: 25 ng/mL, 60 min ng/mL, 90 min: 15 ng/mL, IGF-1: 1,700 ng/mL (normal para edad 500 ng/mL); prolactina 3,500 ng/mL, LH 2 mUI/mL, FSH 4 mUI/mL, testosterona 650 ng/mL, cortisol 15 µg/dL, TSH 0.9 mUI/mL, T4L 1 ng/dL.

RMN: Tumor hipofisario de 55 x 45 x 35 mm, completa invasión de seno cavernoso izquierdo y crecimiento supraselar con compresión quiasmática.

- ¿Qué tipo de tumor es?
- ¿Qué tipo de tratamiento aconseja?
- ¿Le sirve la hiperprolactinemia?

El paciente fue atendido en medio particular. Su endocrinólogo pensó que debería ser operado por vía transcraneal. Aparentemente, el cirujano no logra resear ni 10% de la masa, sin embargo, el paciente desarrolla se-

vera diabetes insípida en el postoperatorio, misma que se vuelve permanente. Así mismo, queda con panhipopituitarismo: LH 0.1 mUI/mL, FSH 0.1 mUI/mL, testosterona 50 ng/mL, prolactina 3,000 ng/mL, cortisol indetectable, TSH 0.1 mUI/mL, T4L 0.3 ng/mL.

- ¿Qué hacemos ahora?

CASO 4

Mujer de 29 años de edad, viviendo en Barcelona, quien desde los 25 años nota crecimiento progresivo de manos, pies y cara, aumento de peso, artralgias de codos y rodillas y amenorrea. Su pareja le dice que cada vez ronca más fuerte y describe episodios que parecen de apnea prolongada. Con estos síntomas, acude a su internista quien sospechando acromegalia la canaliza al endocrinólogo.

A la EF TA 110/75, pulso 67 sin cambios posturales, talla 1.68 m, peso 78 kg. Fascies acromegálica, con crecimiento de manos, pies, nariz, pabellones auriculares y arcos superciliares, no hay prognatismo. Campimetría por confrontación normal, fondo de ojo sin alteraciones.

GH postcarga de glucosa: basal 45 ng/mL, 30 min: 37 ng/mL, 60 min: 43 ng/mL, 90 min: 46 ng/mL, IGF-1, 1000 (normal para edad y sexo 450), LH 0.2 mUI/mL, FSH 0.7 ng/mL, estradiol indetectable, prolactina 120 ng/mL, TSH 0.9 mUI/mL, T4L 1.1 ng/dL.

RMN: Tumor heterogéneo, que invade por completo el seno cavernoso derecho, rodeando a la carótida, crecimiento supraselar, casi tocando el quiasma, dimensiones 25 x 35 x 38 mm.

- ¿En este momento, piensa que este tumor se debe de operar, por qué vía?
- ¿A qué atribuye usted la hiperprolactinemia?
- ¿Le sirve la hiperprolactinemia para decidir su manejo?

En Barcelona, recibe tratamiento con octreotido LAR, hasta 40 mg cada 4 semanas, sin ninguna respuesta clínica, bioquímica ni en cuanto al tamaño del tumor.

- ¿Qué hacemos ahora?
 - ¿Cirugía?
 - ¿Pegvisomant?
 - ¿Radioterapia?
 - ¿Convencional?
 - ¿Radiocirugía?