# *Adenomas hipofisiarios*

***Núñez Orozco Lilia*[1]**

La hipófisis es nuestra glándula maestra que tiene una enorme importancia para nuestro equilibrio hormonal y homeostático en general, pesa alrededor de 10 g y mide poco más de 1 cm de diámetro. Su porción anterior, la adenohipófisis, conformada por varios tipos celulares con la función específica de producir una hormona en especial, puede ser asiento de tumoraciones habitualmente benignas, llamadas adenomas hipofisiarios que, si bien constituyen solamente 10% de todos los tumores intracraneales, significan un área de confluencia de intereses muy grande para diversos especialistas: endocrinólogos, neurólogos, neurocirujanos, neurorradiólogos, radioterapeutas, neuropatólogos, quienes en ésta tan pequeña porción anatómica vuelcan su fascinación por encontrar las formas mejores de diagnosticar y tratar esos tumores. Se ha reportado que los adenomas hipofisiarios constituyen de 10 a 15% de todos los tumores intracraneales, tienen una prevalencia en autopsias de 10 a 20%, su frecuencia aumenta con la edad y hasta 20% tiene adenomas a los 80 años. De todos los adenomas, solamente de 6 a 8% agrandan la silla turca y 2-8 en 100,000 individuos por año buscan atención médica por sintomatología hormonal o de compresión, sin embargo, de todos aquellos casos que clínicamente son sugestivos de adenoma, 9-10% no lo son, de ahí la necesidad de hacer un adecuado diagnóstico diferencial con muchas otras alteraciones que se presentan en la región sillar, originadas en cualquiera de las importantes estructuras vecinas: vía visual (nervios ópticos, quiasma, cintillas ópticas), hipotálamo, senos cavernosos, meninges.

Clínicamente, la presentación de los adenomas puede deberse a hiperproducción hormonal, a compresión de la hipófisis sana y consecuente disminución de su función o a compresión de las estructuras vecinas.

## Hiperproducción hormonal

Aunque teóricamente con cualquiera de las hormonas hipofisiarias que se produzca en demasía podría existir sintomatología, solamente tenemos tres síndromes identificados: síndrome de acromegalia-gigantismo, síndrome de Cushong y síndrome de amenorrea-galactorrea.

El *síndrome de acromegalia-gigantismo* depende del aumento de producción de hormona de crecimiento, que si se presenta antes del cierre de los cartílagos de crecimiento produce gigantismo y si ocurre después de dicho cierre produce acromegalia, que como la etimología lo dice, significa crecimiento distal que es la característica más visible del problema, aunque no la única ni la más seria. La deformidad facial con labios gruesos, nariz ancha, prominencia de los arcos supraciliares, crecimiento notable de manos y pies, permiten hacer diagnóstico por mera inspección, pero desafortunadamente se acompañan de muchas otras alteraciones que incluso ponen en riesgo la vida independientemente del tamaño del tumor mismo: diabetes, crecimiento visceral, neuropatía por compresión, hipertensión arterial sistémica, crecimiento del ventrículo izquierdo, arritmia cardiaca, cardiomiopatía dilatada con insuficiencia cardiaca, entre otras.

El *síndrome de Cushing*, por hiperproducción de cortisol, puede originarse en las glándulas suprarrenales o por hiperproducción de hormona corticotrópica (ACTH) a partir de un adenoma hipofisiario hiperfuncionante. En este último caso, se denomina enfermedad de Cushing. Cualquiera de los dos se manifiesta con los cambios bien conocidos de obesidad centrípeta, facies de luna llena, giba en la unión cervicotorácica, estrías, hirsutismo en las mujeres, que como en el síndrome de acromegalia-gigantismo, permiten diagnóstico por pura inspección general; sin embargo, cursan igualmente con otras alteraciones como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, osteoporosis, cataratas y miopatía. En estos casos es muy importante diferenciar la fuente de la hiperproducción hormonal, pues de ello deriva la intervención terapéutica apropiada.

El síndrome de *amenorrea-galactorrea* caracterizado por pérdida de la menstruación, salida de secreción láctea por los pezones en las mujeres y en los hombres salida de secreción láctea, pérdida de la libido, impotencia, es la presentación característica del tumor hipofisiario productor de prolactina; sin embargo, ni la galactorrea sola ni el incremento discreto (< 200 microgramos) del nivel de prolactina hacen diagnóstico de prolactinoma, ya que exis-

*1. DRA. Jefe del Servicio de Neurología.*

*CMN 20 de noviembre*
*lilianuor@yahoo.com*

ten muchas otras situaciones que pueden provocar este incremento: embarazo, lactancia, estrés, estimulación del pezón, uso de medicamentos, mastopatía fibroquística, trauma torácico, herpes torácico, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, ovarios poliquísticos, hipotiroidismo primario por hiperplasia hipofisiaria, sección del tallo hipofisiario, silla turca vacía y la causa desconocida o idiopática.

Síntomas de compresión a la hipófisis sana con hipofunción hormonal: cualquiera de los tumores hipofisiarios ya sea no funcionarte y hiperfuncionante, con un crecimiento suficiente puede producir hipofunción hormonal: hipogonadismo, hipotiroidismo, hipocorticismo.

Síntomas por compresión a estructuras vecinas: compresión del quiasma y nervio óptico (hemianopsdia bitemporal, ceguera unilateral), extensión al seno cavernoso (afección de pares craneales III, IV o VI, primera porción del V), III ventrículo (hidrocefalia), lóbulo temporal (crisis parciales simples o complejas), fosa posterior (ataxia, síndromes del tallo cerebral), cefalea (moderada, esporádica, central en vértex o unilateral si el tumor crece más hacia un lado).

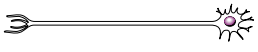
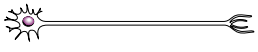
La gran amplitud en la sintomatología dificulta el diagnóstico en muchos casos, por lo que el estudio del problema debe ser muy cuidadoso, tanto clínico, como endocrinológico y por imagen. El advenimiento de la resonancia magnética ha permitido demostrar mucho mejor estas lesiones y su diagnóstico diferencial.

Tratándose de adenomas, aun los muy pequeños o microadenomas menores de 10 mm pueden verse con precisión y si son mayores de tamaño (macroadenomas y adenomas invasores) mucho más fácilmente se demuestran.

Una vez hecho el diagnóstico clínico, su tratamiento puede ser médico o quirúrgico. El objetivo del tratamiento es preservar la función hipofisiaria remanente y quitar el tumor o la mayor parte del mismo si es posible.

El estudio histológico del tumor hipofisiario ha sido objeto también de mucho interés. La clasificación más antigua y que se utiliza aun en la actualidad es la que depende del aspecto que toman con la tinción de hematoxilina-eosina, de la que deriva la clasificación en eosinófilos (productores de hormona del crecimiento), basófilos (productores de ACTH) y cromófobos (prolactinomas y los demás). El Dr. Kalman Kovacs publicó en los años 70 su clasificación que los divide en el tipo de célula que los componen: adenoma de células productoras de hormona del crecimiento, prolactina, h del crecimiento y prolactina, ACTH TSH, células primitivas acidófilas, células indiferenciadas, oncocíticas, no oncocíticas.

En este número se publican tres artículos referentes a este interesante tema. El primero de ellos es una revisión de las características histopatológicas de los tumores hipofisiarios, de la autoría del Dr. Alfonso Escobar Izquierdo, constante colaborador de esta revista, profesor e investigador emérito de la UNAM. El segundo se refiere a un seguimiento largo de casos de adenoma hipofisiario productor de prolactina iniciado con una tesis escrita por la Dra. Lilia Núñez en 1980, a partir del inicio del tratamiento médico de este tipo de tumores, que hasta entonces solamente tenían tratamiento quirúrgico o con radioterapia. La observación de la buena respuesta hacia la reducción del tamaño tumoral, la normalización hormonal con preservación de la función hipofisiaria lograda con el uso de bromocriptina, agonista dopaminérgico, fue la motivación de ese trabajo inicial, continuado más adelante por los otros autores del artículo (la Dra. Rebeca Millán y el Dr. Rómulo Ramírez). Si bien no se considera en la actualidad un tratamiento novedoso, lo fue en su momento al grado de que causó mucho escozor entre algunos neurocirujanos que en ese entonces no consideraban posible eliminar un tumor hipofisiario sin intervención quirúrgica. En la actualidad, el tratamiento es universalmente aceptado y la aportación de este artículo es la observación de los casos a largo plazo.

Por último, se presenta otro artículo de muy reciente realización por parte del Dr. Rafael Maciel, neurocirujano, quien publica los resultados de su tesis asesorada por el Dr. Vicente Ramírez y con el apoyo de otros colaboradores, la Dra. Evangelina Valdez, el Dr. González, el Dr. Castillo y la Dra. Piajsnar en relación a la Radiocirugía y Radioterapia Estereotáctica Conformacional Fraccionada utilizada en 16 casos, analizados detalladamente desde el punto de vista clínico y endrocrinológico. El procedimiento es muy moderno, ha tenido avances tecnológicos muy importantes y ofrece muy buenas posibilidades para algunos tumores hipofisiarios de ciertas características.

Como decíamos al inicio, los adenomas hipofisiarios son de mucho interés para diversos especialistas y podemos comprobarlo por la publicación de estos tres artículos que se enfocan al tema desde diversos puntos de vista, enriquecedores todos ellos para quienes se interesen en este inagotable asunto de los tumores hipofisiarios.