

## 10.- ADENOMAS DE HIPÓFISIS

Los adenomas de hipófisis son neoplasias benignas derivadas de las células parenquimatosas de la adenohipófisis.

**EPIDEMIOLOGÍA:** Representan aproximadamente del 10 al 15% de todos los tumores intracraneales, aunque si se tienen en cuenta los estudios de necropsia, la incidencia es mayor. Su aparición es más frecuente entre los 30 y los 50 años de edad, y son más frecuentes en mujeres. La incidencia es mayor en los pacientes que padecen neoplasia endocrina múltiple.

**FISIOPATOLOGÍA:** Se desconoce.

**CLASIFICACIÓN:** Clasificación de Kovacs y Morvath modificada (tipo celular con características tintoriales y producción hormonal).

- Cels. de Hormona del crecimiento (cromóforo o acidófilo, hormona del crecimiento)
- Cels. de Prolactina: (cromóforo o acidófilo, prolactina)
- Mixto de cels. de hormona del crecimiento y prolactina (variable con hormona del crecimiento y prolactina)
- Cels. acidófilas (cromóforo, hormona del crecimiento y prolactina)
- Cels. mamosomatotróficas (acidófilo, hormona del crecimiento y prolactina)
- Cels. corticotróficas (basófilo o cromóforo, ACTH)
- Cels. tirotróficas (cromóforos, TSH)
- Cels. gonadotróficas (cromóforo, FSH, LH, sub-unidad alfa)
- No funcionante (cromóforo)
- Pluri-hormonal (variable, 2 o 3 hormonas en variable combinación)

**CUADRO CLÍNICO:** Puede ser asintomático. En los adenomas funcionantes la sintomatología puede variar de acuerdo al tipo celular del mismo. Galactorrea, amenorrea primaria o secundaria, infertilidad, hipopituitarismo. El efecto de masa de la lesión puede ocasionar cefalalgia, alteración de la agudeza y campos visuales.

**ESTUDIOS DE GABINETE:** Campos visuales. Los estudios radiológicos incluyen Resonancia magnética simple y contrastada (estudio de elección), y tomografía simple y contrastada. Angiografía cerebral. De acuerdo a su tamaño, el tumor puede ser microadenoma (menor de 10mm), macroadenoma (mayor de 10mm) o adenoma gigante (mayor de 4cm). Las pruebas funcionales endocrinas permiten identificar el tipo

de tumor y determinar si es necesario restituir alguna hormona, además de que sirven de referencia para efectuar la evaluación posterior al tratamiento.

**TRATAMIENTO:** Resección quirúrgica por vía trans-esfenoidal o trans-craneal, con 15% de recurrencia a 8 años, 35% a 20 años. Otras formas de tratamiento incluyen: tratamiento médico, radiocirugía estereotáxica, radioterapia convencional.

**PRONÓSTICO:** Son tumores benignos, de lento pero muy variable crecimiento. La transformación maligna es extremadamente rara. La mortalidad quirúrgica oscila entre el 1 y el 5% de acuerdo al volumen y carácter invasivo de la lesión.

**COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS:** lesión de la arteria carótida interna, nervio o quiasma óptico; fístula de líquido cefalorraquídeo con potencial infección.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Sekhar L, De Oliveira E. Cranial Microsurgery, approaches and techniques, pp: 233-259, 1999.
2. Osborn A, et. al. Diagnostic Imagin. Brain, 1ª edición, pp: II,2,20-II,2,27, 2004.
3. Prayson RA. Neuropathology, pp: 522-525, 2005.
4. Burger PC, et al. Surgical pathology of the nervous system and its coverings. 4ª edición, 2002, pp: 237-475.
5. Greenberg MS. Manual de Neurocirugía, vol, I, 1ª edición, 2004, pp:749-784.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN ADENOMAS DE HIPÓFISIS

