

Adenoma de hipófisis

Definición

Tumor hipofisario de la parte anterior (rara vez posterior) de la **glándula hipofisaria**.

Su origen es principalmente a partir de la **adenohipófisis**.

Los tumores de la **neurohipófisis** son raros.

Epidemiología

ver **Adenoma de hipófisis epidemiología**.

Clasificación

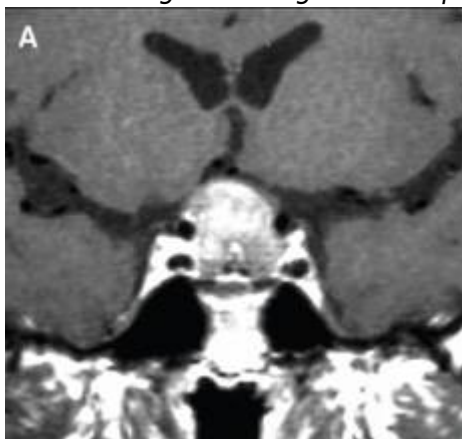
ver **Clasificación del adenoma de hipófisis**.

Algoritmo

```
<html><div class="mxgraph" style="max-width:100%;" data-  
mxgraph="{&quot;highlight&quot;:&quot;#0000ff&quot;,&quot;target&quot;:&quot;blank&quot;,&qu  
ot;lightbox&quot;:false,&quot;nav&quot;:true,&quot;edit&quot;:&quot;_blank&quot;,&quot;xml&quot;:  
&quot;&lt;mxfile userAgent=\&quot;Mozilla/5.0 (Macintosh; Intel Mac OS X 10_13_1)  
AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/62.0.3202.62 Safari/537.36&quot;  
version=\&quot;7.7.0&quot; editor=\&quot;www.draw.io&quot;  
type=\&quot;device&quot;&gt;&lt;diagram id=\&quot;d8616681-374e-23c2-cbbb-  
aabc42ecb57e&quot;  
name=\&quot;Page-1&quot;&gt;1VIZc+M2DP41nsk+JCNLM6OPjld0Ot3MdOrMdPfJQ0u0xEQSVlqK7f76  
AiKpw/KhOscmfrBIEACjDXAA2gNvnKxUjcuiewh4PHCdYDXwvg1c93Lo4DcR1prgXRpCKEWgScOaMBX/ck  
O0bIUleN5iVACxEImb6EOacl+1aExKWLbZFhC3d81YyDuEqc/iLvVvEahIU6/cy5p+x0UY2Z2HF7/plTzn0Ij  
RWr2G7jeovzo5YRZXcbQPGIBLBsk72bgjSWA0qNkNeYxQWth03KTHavVuSVPVS8BI5GrtbWdBwiFmYJUE  
YSQsvimpl6X9nHS4OAsUkmMwyEO+UqoH4ZM4580PjunWark+kd7+tNwPnKI1iYGWKEASfW+3wEyo12  
flI6301hrDRTSN1yuCR8mQ264vApojF8OCcfDIIVkMVPiua2dmUgKK74aTRwYQHeA674JuBpBA+/wo4F79  
V7gem8B7vBjR+7QeSd0zd7PLC64zWQXsSLQ3Jrt4p+CEtU1C3gKCZsFfBaJDBYiF3m9iqOQniPNRWWB4x  
dyDsbe4Nqz7LFmmtAOWqLj4bb/lpFQfjxqErAlFqK2T40JXCq+2o97F1Aj4DnnWsTUsa8mbS/rojD0DC1qFI  
QL5+Uu8Ha7wOu6wI9FKnzWRd0KZZuEBSAGhnYvfAnGi+gK5yTBYW49RVHnJMnZl4aTmtlNcmeXvdtaG  
sVEJPMiZVGkFDp0RHi5k5QXEnwhi1AwLPqKjxlInJ25kOC6wE8FWdZhAKTEpiE1QbZmGRSQBMfRwllAssS  
+4gZxBqcOpgbvBYNVhIKdiCKFyyhIDXGt9D9PNhuwWcWipCh5AF4e0puposWuE4t0IXZApzOc3rkkjZN1x  
okr6L5K/WNydkReFNu8j5Mbrlt9do2G1tyk7sIN1VN9kuS09Ubj6e3i9pmjZqIMFsUqS+wXveP3p4adr+aBw  
qhk1KYt7UeCFW2SZvLT5ZAcu5LrkASumF0RB7ZrWAT9ExCUPjlah1we7cNypMRZviEhywW7FUq3+sDSX  
1mAEPcJrRte1Hbw90nVjuwTaZ3p/jYw/H9jnqJ2/a+eQ8wO/H8iwA+FGgqf2mobmg4yhEP07vPB2lIBaHaf  
NUXyL1yR8E3Gj+8Fn4fq0Oorit7WoTqqtJqES5foUWwbUbPHiEQLMQ7hXL+lm677dEGppaRFk7z8iY+Knv  
qbNXVMsbmUJAdVG5H39hhpzed+V5Hd7cd/Xd8seinUhaUUUs480fTPCAj2TOMWQKn7V55QplhbDLxulp
```

1GvkgIciBNGUxyxOtQ9swNkWRnn9KiPE1EynT8wer8oEa6VjMjddznivJAIfqPEmKR44995cy+PB1xkUEiEs
gNc5JBMmclnt04V0XBOK5ZyNzLNp/3e/8fWjRy/XCC9uxx7yh201MgJYHznkZG3N6cHrrmLTrIn1mudDmpF
UE5bzsNH2GWQbjF4yzSj1Zwcvk6GNsiAU277KMgbtj+571dtWi2p56Ycr4T3jQ7ECpOCyk8WvwNaHBrz+
MQCf5H3ltbIXsL64K5z2qvwBqW1U49VAaf1nxnlWuMPI+/mPw==</diagram></mxfile>"
;}"></div> <script type="text/javascript">

src="https://www.draw.io/js/viewer.min.js"></script></html> =====Etiología===== La causa de la mayoría de los tumores hipofisarios sigue siendo desconocida, aunque la contribución genética es reconocida por algunos (Couldwell 2009). La expresión de la survivina, tanto en células normales, como en tumores de hipófisis sugiere que puede jugar un papel importante en la regulación de la proliferación de la glándula (Wasko 2009). Pueden estar asociados al síndrome de neoplasia endocrina múltiple (NEM) , especialmente el tipo I. (a diferenciar con el síndrome de Zollinger-Ellison,) hiperparatiroidismo. =====Clínica===== Generalmente se expresa por síntomas visuales y cefaleas referida a la región temporal, frontal occipital o retroocular. Síntomas hormonales:(amenorrea- galactorrea, pérdida de la libido, erección, acromegalia o síndrome de Cushing...). Con menor frecuencia trastornos de pares craneales (III, IV, VI) En la acromegalia: Crecimiento de manos, de pies, y de huesos faciales; dolor, apnea del sueño; sudor excesivo.. Estos cambios son graduales y a menudo diferenciados por familiares del paciente y atribuido a envejecimiento. La apoplejía hipofisaria es un síndrome clínico agudo que se puede presenta en los adenomas de hipófisis caracterizado por cefalea de inicio rápido, vómitos, disminución de la agudeza y/o campo visual, oftalmoplejía y disminución del nivel de conciencia. Este síndrome está causado por el infarto isquémico o hemorrágico de la glándula hipofisaria. **Diagnóstico** La RM es la prueba diagnóstica de



elección. Desde que se dispone de la RM cerebral se diagnostica en el 10 % de los pacientes de forma incidental (incidentaloma). Pero la localización de microadenomas en la enfermedad de Cushing puede ser difícil, ya que hasta en un 45% de los pacientes la RM selar no es capaz de detectarla aunque la ecografía intraoperatoria transesfenoidal puede identificarlo como estructuras hiperecoicas (Knappe 2009). **EXPLORACION** Una vez exista la sospecha diagnóstica, se debe realizar un examen clínico con énfasis en : **SÍNTOMAS VISUALES** : Agudeza visual Evaluación de campos visuales Compromiso de pares craneales (III, IV, VI) (Motilidad ocular). **Disfunción hipofisaria**. Pruebas diagnósticas necesarias: RNM sin y con Gadolinio : La resonancia magnética simple y contrastada es el método diagnóstico de elección en todo paciente con sospecha de lesión de hipófisis. Establece los límites y la extensión, muestra las estructuras comprometidas y en algunos casos puede ayudar a determinar la consistencia del tumor. Así mismo es capaz de diagnosticar la apoplejía hipofisaria. Exámenes de laboratorio Endocrinos : PRL < 25 Normal 25-150 Hipotiroidismo primario Efecto de presión sobre el tallo Prolactinoma ? ? ? >150 Prolactinoma ACTH Cortisol 8 a.m. 6-18 ug / 100 ml Supresión de dexametosa a dosis bajas : <5 ug /dl no Cushing 5 - 10 indeterminado, repetir 10 probable Cushing Pruebas especializadas ACTH : Supresión a dosis bajas por dos días Estimulación con cosyntropin Tolerancia a la insulina Pruebas para diferenciar enfermedad de Cushing de producción ectópica y tumores adrenales : Supresión dexametasona a dosis altas Estimulación con CRH Muestreo hormonal en sangre de senos petrosos T3-T4-TSH Aumentan todas en adenomas productores (muy raros) Aumento de TSH y disminución de T4 : Hipotiroidismo primario Crecimiento de hipófisis secundario Disminución de TSH y T4:

Hipotiroidismo secundario Compresión tumoral FSH - LH, TESTOSTERONA Y ESTRADIOL En mujeres diagnostico difícil porque aumentan en peri y postmenopausia. HORMONA DEL CRECIMIENTO VN en ayuno < 5 ng / ml Acromegalia 10 ng / ml Secreción por picos Pruebas especializadas : Somatomedina C Supresión con glucosa Estimulación con GNRH =====Diagnóstico diferencial===== [Aneurisma intraselar](#) La presencia de un aneurisma intracraneal junto con un adenoma presenta gran riesgo de hemorragia subaracnoidea, durante la cirugía, particularmente cuando el aneurisma se encuentra cerca del campo operatorio, por lo que el aneurisma cerebral se trata primero (Yamada y col., 2012). Craneofaringioma Cordoma Metástasis Quiste de la bolsa de Rathke Quiste aracnoideo Gangliocitoma En una serie de tratamiento quirúrgico por vía transesfenoidal de 300 casos, 29 lesiones selares no fueron adenomatosos (9,7%. Retrospectivamente la presentación clínica fue generalmente la de efecto de masa local. La extirpación total del tumor por vía transesfenoidal se logró en 17 casos y no fué necesario ningún tratamiento suplementario. Las lesiones selares no adenomatosos representan una entidad clínica más frecuente de lo esperado, por lo que se debe tener presente su existencia (Koutourousiou 2010). ===== Tratamiento ===== ver [Adenoma de hipófisis tratamiento](#). ===== Pronóstico ===== ver [Adenoma de hipófisis pronóstico](#).

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=adenoma_de_hipofisis

Last update: **2019/09/26 22:11**

