

Adenoma hipofisario corticotropo

Es una afección en la cual la [hipófisis](#), secreta demasiada [corticotropina \(ACTH\)](#).

La [enfermedad de Cushing](#) es una de las causas del [síndrome de Cushing](#).

El exceso de [cortisol](#) en un 60-70% de los pacientes, se debe a un [adenoma de hipófisis](#) productor de [ACTH](#); esta forma del [síndrome](#) es conocida concretamente como [enfermedad de Cushing](#).

Otras causas del síndrome de Cushing son los tumores o anomalías en las glándulas suprarrenales, el uso crónico de [glucocorticoides](#) o la producción de [ACTH](#) por parte de tumores que normalmente no la producen (secreción ectópica de ACTH).

Epidemiología

40 casos por millón de habitantes.

Representa el 10-12 % de los [adenomas hipofisarios](#).

Clínica

Este síndrome presenta un cuadro clínico resultante del exceso crónico de cortisol circulante. Los pacientes pueden presentar uno o varios de estos síntomas:

- Obesidad central con abdomen protuberante y extremidades delgadas
- Cara de luna llena (redonda y roja)
- Hipertensión arterial (entre los mecanismos causantes de la hipertensión en estos pacientes está la retención de sodio que producen los corticoides)
- Dolores de espalda y de cabeza
- Acné
- Hirsutismo (exceso de vello)
- Impotencia
- Amenorrea (ausencia de la menstruación)
- Sed
- Aumento de la micción (orina)
- Joroba/Giba de búfalo (una acumulación de grasa entre los hombros)
- Aumento de peso involuntario
- Debilidad muscular (especialmente en la cintura pelviana, que dificulta el poder levantarse de una silla sin ayuda)
- Estrías rojo-vinosas
- Hematomas frecuentes por fragilidad capilar
- Úlceras
- Diabetes
- Fatigabilidad fácil
- Falta de libido
- Irritabilidad
- Baja autoestima

- Depresión
- Ansiedad
- Psicosis

La clínica del síndrome de Cushing puede ser mínima en casos de secreción ectópica de ACTH o CRH, cuando predomina la pérdida de peso, gran fatigabilidad y debilidad muscular e hiperpigmentación de piel y mucosas.

Clasificación

- ACTH-dependiente:
 1. Adenoma hipofisario (llamado enfermedad de Cushing)
 2. Tumor no hipofisario (ectópico) secretor de ACTH (en el pulmón, páncreas, ovario, etc).
- ACTH-Independiente:
 1. Tumor suprarrenal (adenoma o carcinoma)
 2. Hiperplasia nodular suprarrenal
 3. Iatrogénica: por administración de dosis suprafisiológicas de glucocorticoides.

Diagnóstico

Se mide la concentración en sangre, en orina de 24 horas o en saliva de cortisol para confirmar su hipersecreción. Además, hay que demostrar que el cortisol no frena tras administrar pequeñas dosis de dexametasona (un corticoide sintético que inhibe, en condiciones normales, la secreción CRH-ACTH). El nivel de ACTH permite distinguir si la causa es dependiente o no de ACTH:[1]

- ACTH normal o elevada (en comparación con los valores de referencia normales de cada laboratorio): síndrome de Cushing ACTH-dependiente.
- ACTH baja (en comparación con los valores de referencia normales de cada laboratorio): síndrome de Cushing ACTH-independiente.

Diferentes pruebas radiofisiológicas (RMN de la hipófisis, TAC o RMN de suprarrenales y, a veces, de tórax) permiten identificar adenomas u otros tumores.

Laboratorio

Hiperglucemia

Alcalosis hipopotasémica

Pérdida de variación diurna de los niveles de cortisol

Niveles de ACTH normales o elevados.

Imposibilidad de suprimir el cortisol a dosis bajas de dexametasona [Prueba de la supresión de la dexametasona](#)

Elevación de cortisol libre en orina de 24 horas

Niveles de CRH bajos (no se suele medir).

Resonancia

Más del 50 % presentan tumores < 5 mm. muy difíciles de apreciar.

Solo un 10 % produce efecto masa

Tratamiento

[Adenoma hipofisario corticotropo tratamiento](#)

Pronóstico

El pronóstico de la enfermedad es bueno si se normaliza el cortisol, aunque es frecuente que los pacientes presenten cierta obesidad y más osteoporosis y tendencia a la depresión que la población normal. Hay que tener en cuenta que a veces la recuperación es lenta y los síntomas pueden ser molestos, pudiendo quedar la calidad de vida afectada principalmente en las primeras fases de la enfermedad.

Los trastornos psiquiátricos suelen mejorar tras la cirugía. No existe una correlación significativa entre la duración de la enfermedad de Cushing y el estado psiquiátrico (Gnjidiae et al. 2011).

Bibliografía

Gnjidiae Z, Karloviae D, Buljan D, Malencia M, Kovak-Mufiae A, Kostanjsak L.[Psychiatric Disorders in Patients with Cushing's Disease Before and After Neurosurgery.]. Turk Psikiyatri Derg. 2011 Spring;22(1):35-39.

Valassi, Elena, Beverly M K Biller, Brooke Swearingen, Francesca Pecori Giraldi, Marco Losa, Pietro Mortini, Douglas Hayden, Francesco Cavagnini, y Anne Klibanski. 2010. Delayed remission after transsphenoidal surgery in patients with Cushing's disease. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 95, nº. 2 (Febrero): 601-610. doi:10.1210/jc.2009-1672.

From:

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

Permanent link:

http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=adenoma_hipofisario_corticotropo

Last update: 2019/12/11 08:09

