

MACROADENOMA DE HIPÓFISIS – CRANEOTOMÍA BIFRONTAL AVANZADA PITUITARY ADENOMA – EXTENDED BIFRONTAL CRANIOTOMY

Siu Cheng, Alfonso*

*Estudiante de XI Semestre de la Escuela de Medicina, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.

Recibido: 17 de junio de 2014.

Aceptado: 15 de abril de 2014.

Siu Cheng, A. "Macroadenoma de Hipófisis-Craneotomía Bifrontal Avanzada". Rev méd cient. 2014; 27(2): 10-11.

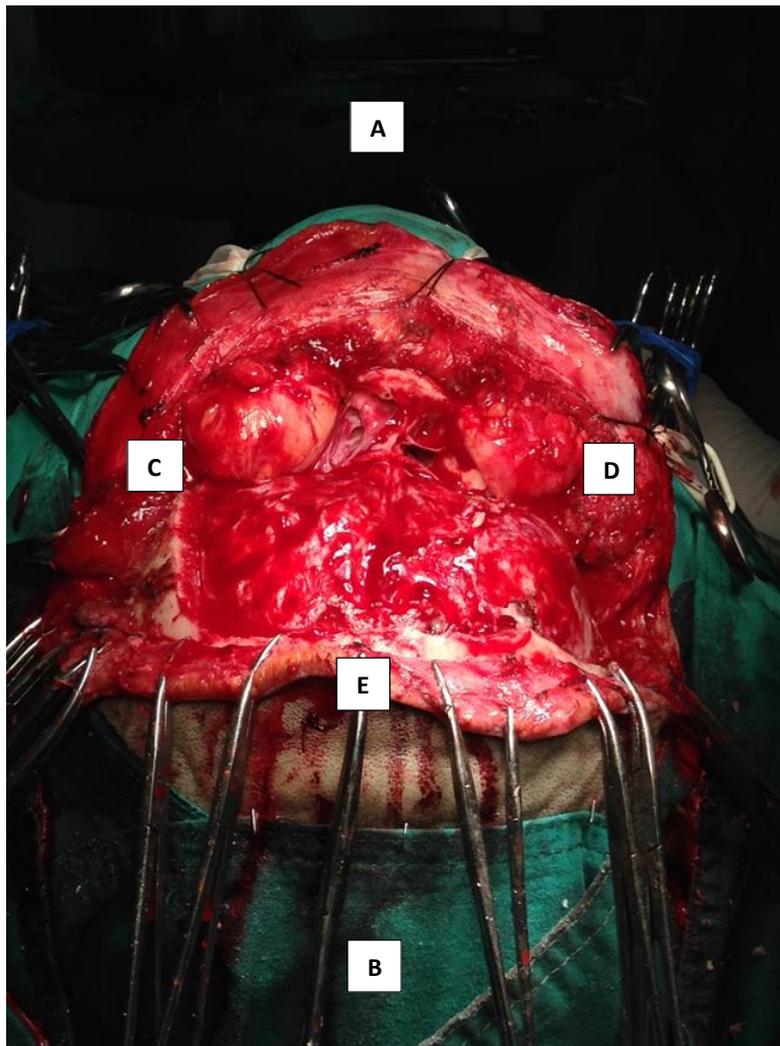


Figura 1. Macroadenoma de hipófisis – craneotomía bifrontal avanzada.
A) Anterior. B) Posterior. C) Globo Ocular Izquierdo. D) Globo Ocular Derecho.
E) Lóbulo Frontal.

Paciente femenina de 54 años con antecedentes de artritis reumatoide y dislipidemia tratadas, con historia de más o menos 2 años de evolución que comenzó con nistagmo del ojo izquierdo asociado a pérdida progresiva de la visión de ese mismo ojo y a múltiples episodios de síncope.

Se le realizaron exámenes imagenológicos en los que se encontró una masa en la región selar, por la cual es llevada a salón de operaciones para su resección completa. El diagnóstico histopatológico de la masa resecada es "Macroadenoma de Hipófisis No Funcional". En el período postquirúrgico la paciente pierde la visión del ojo derecho y se le da como tratamiento coadyuvante 25 sesiones de radioterapia.

Seis meses después de la cirugía se le realiza una resonancia magnética control en donde se observa en la región selar la aparición de lo que parece ser una recurrencia del tumor por lo cual es reintervenida. Un año después de la segunda cirugía, en una tomografía axial computada control se observa nuevamente una tumoración en la región selar, razón por lo cual se toma la decisión de intervenirla una vez más.

Al examen neurológico la paciente se encuentra alerta, orientada y consciente, presenta ceguera acompañada de movimientos sacádicos de ambos ojos. La paciente percibe y proyecta luz por ambos ojos. El resto del examen neurológico se encuentra normal.

Durante la última intervención quirúrgica se optó por hacer una craneotomía bifrontal avanzada, la cual consiste en remover el hueso frontal y los huesos que conforman el techo de la órbita de ambos lados. El objetivo es darle más espacio al cirujano para extraer el tumor sin tener que manipular extensamente el cerebro.¹

Alrededor del 10% de todas las neoplasias intracraneales corresponden a los adenomas de hipófisis, los cuales a partir de la tercera década de la vida son la causa más común de masas en la región selar. Es común encontrar en los pacientes síntomas de hipersecreción hormonal (exceso de hormona de crecimiento, hiperprolactinemia o hipercortisolismo). No todos los adenomas de hipófisis son secretores, un 25-30% son no funcionales de los cuales 80-90% son adenomas gonadotrópicos.²

El cuadro clínico de los pacientes con un macroadenoma de hipófisis no funcional se presenta con síntomas asociados al efecto de masa del tumor sobre las estructuras del cerebro. Lo más común es encontrar déficit visual y cefalea. Otras veces el tumor se detecta de manera incidental por un estudio de imagen realizado por una etología diferente.³

REFERENCIAS

1. John Hopkins Medicine. Extended Bifrontal Craniotomy. Disponible en: http://www.hopkinsmedicine.org/neurology_neurosurgery/specialty_areas/brain_tumor/treatment/surgery/extended-bifrontal-craniotomy.html.
2. Snyder, P. Causes, presentation, and evaluation of sellar masses [Internet]. Uptodate; [updated 2014 Jan 14; cited 2014 Jun 10]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents>.
3. Snyder, P. Clinical manifestations and diagnosis of gonadotroph and other clinically nonfunctioning pituitary adenomas [Internet]. Uptodate; [updated 2014 Jan 18; cited 2014 Jun 10]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents>.