

Macroadenoma Hipofisario en Paciente con Paresia del Tercer Par Craneal y Cefalea: Caso Clínico

Reporte de Caso

Laia Matas¹, Pau García¹, Anna Diaz-Prieto¹ y Albert Casals¹

¹ Hospital de la santa Creu i Sant Pau

Fecha de recepción del manuscrito: 22/Mayo/2023

Fecha de aceptación del manuscrito: 01/Abril/2024

Fecha de publicación: 26/Abril/2024

DOI: 10.5281/zenodo.14170890

Creative Commons: Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional.

Resumen—

Los macroadenomas hipofisarios representan un pequeño porcentaje de las masas selares. Las manifestaciones clínicas son secundarias a las alteraciones hormonales que producen y/o a la compresión de estructuras adyacentes. El déficit neurológico asociado más frecuente es la hemianopsia homónima bitemporal, pudiéndose manifestar una parálisis del nervio oculomotor en casos menos frecuentes. Presentamos el caso de un paciente con un macroadenoma hipofisario con principal manifestación clínica una paresia del tercer par craneal orientado inicialmente como un aneurisma del polígono de Willis.

Rev Med Clin 2024;8(1):e26042408005

Palabras clave—Macroadenoma hipofisario, Nervio oculomotor, Ptosis palpebral, Hipopituitarismo

Abstract—Pituitary Macroadenoma on a Patient with Headache and a Third Cranial Nerve Paralysis

Pituitary macroadenomas represent a small percentage of sellar masses. The clinical manifestations are secondary to the hormonal alterations that they produce and/or to the compression of adjacent structures. The most frequent associated neurological deficit is bitemporal homonymous hemianopsia, with the possibility of manifesting oculomotor nerve palsy in less frequent cases. We present the case of a patient with a pituitary macroadenoma with the main clinical manifestation of paresis of the third cranial nerve initially oriented as a circle of Willis aneurysm.

Rev Med Clin 2024;8(1):e26042408005

Keywords—Pituitary macroadenoma, Oculomotor nerve, Palpebral ptosis, Hypopituitarism

INTRODUCCIÓN

Los incidentalomas hipofisarios tienen una prevalencia entre el 10 y el 12 por ciento en los estudios radiológicos y pos-mortem.¹ Los macroadenomas hipofisarios tienen una prevalencia menor, observándose en 1 de cada 600 pacientes.² Las manifestaciones clínicas que producen son derivadas de las alteraciones hormonales que los acompañan, por déficit o por exceso, y por los síntomas neurológicos producidos por la compresión de estructuras adyacentes. El síntoma visual más frecuentemente reportado es la hemianopsia homónima bitemporal, pudiéndose producir una parálisis del nervio oculomotor en un 15 por ciento de los casos.³ Presentamos un caso clínico de un paciente nonagenario con ptosis palpebral izquierda con un macroadenoma hipofisario con panhipopituitarismo.

REPORTE DE CASO

Acude al servicio de Urgencias un varón de 92 años por desorientación, astenia y anorexia de un mes de evolución y cefalea con ptosis palpebral izquierda de 48 horas de evolución.

No tiene alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos de interés. Presenta antecedentes de hipertensión arterial e hiperplasia benigna de próstata.

En la exploración física estable hemodinámicamente y afebril. Se observa anisocoria, con limitación a todos los movimientos oculares del ojo izquierdo excepto a la abducción e infraversión, hallazgos compatibles con paresia del III par craneal, sin nistagmus ni defectos campimétricos. El ojo contralateral no mostraba alteraciones. En la analítica presenta: proteína C Reactiva de 235 mg/L sin leucocitosis ni neutrofilia, TSH 0,9 mUI/L, serologías VIH y Sífilis negativas, vitamina B12 y folato en rango. El sedimento de orina y los virus respiratorios fueron negativos. Se completa el estudio con una tomografía computarizada (TC) sin contraste cerebral donde se observa una dudosa lesión redondeada selar dependiente del polígono de Willis sugerente de un aneurisma.

Se orienta como masa selar a estudio con síndrome del III par craneal asociado, por lo que se decide ingresar en sala de Medicina Interna para completar el diagnóstico y manejo terapéutico. Durante el ingreso, el paciente presenta tendencia a la hipotensión arterial bien tolerada, con persistencia del estado confusional, sin mejoría de la clínica neurológica. Destacan unas molestias abdominales difusas, sin alteraciones en el hábito deposicional, náuseas ni vómitos y siendo el resto de la exploración física normal. Se realiza una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) (Figura 1) sin contraste donde se identifica una lesión selar de predominio izquierdo sugestiva de macroadenoma hipofisario que condiciona una distorsión

del quiasma óptico. La angio-RMN no muestra ningún aneurisma.

Ante estos hallazgos, se solicita estudio hormonal en el que presenta Lutropina <0,1 UI/L, Folitropina 0,5 UI/L, Prolactina 55,90 mUI/L, Testosterona <0,09 nmol/L, Cortisol 72,49 nmol/L. Ante el diagnóstico de panhipopituitarismo secundario a macroadenoma hipofisario, se comenta con neurocirugía desestimándose la intervención quirúrgica dada la edad del paciente optándose por un manejo conservador. Se inicia tratamiento substitutivo con 100mg de Hidrocortisona en pauta descendente hasta 50mg/día (20-20-10mg) presentando una progresiva recuperación del síndrome confusional agudo, resolviéndose el dolor abdominal normalizándose los niveles tensionales. No se observaron cambios en la paresia del III par craneal. El paciente fue dado de alta con una visita en Oftalmología para realizar una oftalmoplastia diferida con controles clínicos a los 6 meses con RMN.

DISCUSIÓN

La prevalencia de incidentalomas hipofisarios en estudios pos-mortem del 10-12 %, la mayoría son <1.5mm.¹ La prevalencia estimada de los macroadenomas hipofisarios es en 1 caso cada 600 personas estudiadas.² La mayoría de adenomas hipofisarios (65 al 75 por ciento) secretan una cantidad excesiva de una hormona (prolactina, hormona de crecimiento, corticotropina y hormona estimulante de la tiroides). El resto, (25 a 35 por ciento) no funcionan clínicamente o son silenciosos, de estos, del 70 al 90 por ciento son gonadotropos.^{1,2} Éstos producen sintomatología por hipofunción hipofisaria o síntomas neurológicos derivados del efecto masa. El síntoma neurológico más común es la pérdida del campo visual debido a la extensión suprasellar del adenoma por compresión quiasmática. Puede ocurrir diplopia por la compresión del nervio oculomotor como resultado de la extensión lateral del adenoma, pero es menos común ocurriendo hasta el 10 al 15 por ciento de los pacientes en algunas series amplias.³⁻⁵ Para el diagnóstico de los adenomas es importante una anamnesis y examen físico detallado, enfatizando en síntomas neurológicos y de hipopituitarismo, incluido el hipogonadismo en hombres (fatiga, disminución de la libido, disfunción eréctil) y en mujeres (amenorrea/oligomenorrea). La Resonancia Magnética (RM) es la técnica de imagen de elección para el diagnóstico y valoración de la afectación del quiasma óptico o del seno cavernoso.⁶ Se debe complementar el diagnóstico con pruebas de campo visual y agudeza visual y pruebas bioquímicas para detectar la hiper/hiposecreción hormonal. El tratamiento de elección cuando está indicado es la cirugía transesfenoidal. El tamaño, tipo y síntomas neurológicos son los parámetros que se tienen en cuenta para la decisión quirúrgica.⁷ Cuando existen déficits hormonales, se deberán sustituir, priorizando al cortisol y las hormonas tiroideas.

Destacamos el siguiente caso clínico debido a la rareza de los macroadenomas hipofisarios en la práctica clínica y por su presentación poco frecuente en cuanto a clínica y edad de presentación, pues el síntoma neurológico más común de las masas hipofisarias es la hemianopsia homónima bitemporal. La parálisis del nervio oculomotor es más frecuente observarla en pacientes diabéticos o con aneurismas del polígono

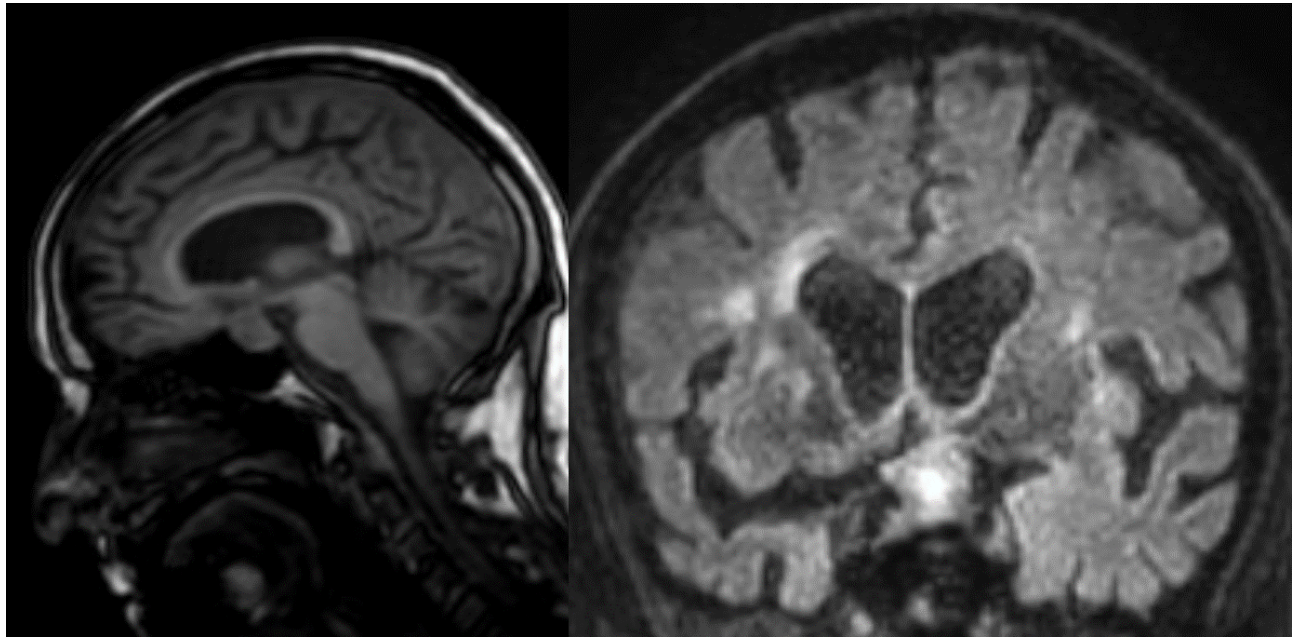


Figura 1: Estudio RMN con contraste en T1 (izquierda) y secuencia STIR (derecha) donde se observa el macroadenoma hipofisario con extensión suprasellar.

de Willis.^{4,5}

El diagnóstico inicial de nuestro paciente fue de sospecha aneurisma cerebral dependiente del polígono de Willis observado por TC cerebral sin contraste. La parálisis del tercer par craneal reforzaba esa sospecha, pero había otros indicios que no encajaban en dicho paciente. En primer lugar, presentaba un síndrome confusional agudo con un cuadro tóxico de tres semanas de evolución, con moderado dolor abdominal, sin náuseas ni vómitos acompañantes. En controles analíticos presentaba una elevación de los reactantes de fase aguda no justificados por la presencia de un aneurisma cerebral. Se detectó hipotensión arterial asintomática. Todos estos hallazgos hicieron sospechar un hipocortisolismo y se descartó el aneurisma. Mediante RM cerebral se confirmó el diagnóstico que se completó con el estudio hormonal.

Este caso nos subraya la importancia de la anamnesis y exploración física para poder llegar a un buen diagnóstico incluso en una entidad tan frecuente como el síndrome confusional las personas de muy avanzada edad y a que hay que contrastar los hallazgos de las pruebas de imagen con la sintomatología del paciente. Cuando exista discordancia entre éstos, debemos replantear el diagnóstico profundizando en la anamnesis y revisar los diagnósticos de las exploraciones de imagen.

FINANCIAMIENTO

El financiamiento del trabajo fue cubierto por los autores.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores niegan presentar conflictos de interés en este trabajo

REFERENCIAS

- [1] Daly AF, Beckers A. The Epidemiology of Pituitary Adenomas. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2020 Sep;49(3):347-355. doi: 10.1016/j.ecl.2020.04.002
- [2] Ezzat S, Asa SL, Couldwell WT, Barr CE, Dodge WE, Vance ML, McCutcheon IE. The prevalence of pituitary adenomas: a systematic review. *Cancer.* 2004 Aug 1;101(3):613-9. doi: 10.1002/cncr.20412
- [3] Molitch ME. Nonfunctioning pituitary tumors and pituitary incidentalomas. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2008 Mar;37(1):151-71, xi. doi: 10.1016/j.ecl.2007.10.011.
- [4] Keane JR, Ahmadi J. Most diabetic third nerve palsies are peripheral. *Neurology.* 1998 Nov;51(5):1510. doi: 10.1212/wnl.51.5.1510
- [5] Ikeda K, Tamura M, Iwasaki Y, Kinoshita M. Relative pupil-sparing third nerve palsy: etiology and clinical variables predictive of a mass. *Neurology.* 2001 Nov 13;57(9):1741-2. doi: 10.1212/wnl.57.9.1741.
- [6] Di Iorgi N et al. The use of neuroimaging for assessing disorders of pituitary development. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2012 Feb;76(2):161-76. doi: 10.1111/j.1365-2265.2011.04238.x.
- [7] Gsponer J et al. Diagnosis, treatment, and outcome of pituitary tumors and other abnormal intrasellar masses. Retrospective analysis of 353 patients. *Medicine (Baltimore).* 1999 Jul;78(4):236-69. doi: 10.1097/00005792-199907000-00004.