

# Adenoma de hipófisis no funcionante

## Epidemiología

El [adenoma de hipófisis](#) representa aproximadamente el 38% de todos siendo los más comunes en adultos con una [prevalencia](#) de 7-22 / 100.000 personas, y más de un tercio de todos los adenomas hipofisarios.

A pesar de ser el [tumor hipofisario](#) más frecuente, ha sido clásicamente el menos estudiado.

Ha ido en aumentado, probablemente debido a la mejoría de los medios de diagnóstico. Suelen afectar a personas entre los cuarenta y sesenta años de edad.

## Clasificación

[Gonadotropinoma](#).

[Adenoma null cell](#).

[Adenoma corticotropo silente](#)

Según su tamaño

[Macroadenoma hipofisario clínicamente no funcionante](#).

## Fisiopatología

No provocan síntomas de hiperproducción de ninguna de las [hormonas hipofisarias](#).

Algunos pueden producir la subunidad alfa de las hormonas Glicoproteínicas (alfa-glicoproteína), sin efecto clínico.

## Clínica

Empiezan a dar síntomas cuando ya han alcanzado un tamaño considerable, como [alteraciones visuales](#) y [cefalea](#).

[Apoplejía hipofisaria](#).

Van produciendo déficits que afectan progresivamente y en este orden a la [Gonadotropina](#) (Hipogonadismo), hormona de crecimiento (Obesidad), hormona estimulante del tiroides (Hipotiroidismo) y, finalmente, a la hormona estimulante de la corteza suprarrenal (Insuficiencia Suprarrenal).

Aproximadamente 1/3 de estos pacientes tienen una afectación de todas las hormonas de la Adenohipófisis (lo que llamamos Panhipopituitarismo). Sin embargo la deficiencia de la hormona antidiurética (Diabetes insípida) es muy poco frecuente. Estos síntomas de insuficiencia hormonal son

sutiles para las personas que los padecen y no provocan la alarma suficiente en ellos como para hacerles consultar a su médico. Así, el más llamativo para la mujer como sería la falta de sus menstruaciones, lo interpreta como consecuencia de la menopausia dada la edad en la que suelen aparecer estos tumores. Lo mismo sucede con la disminución del apetito sexual o la impotencia sexual.

Cuando estos adenomas grandes comprimen el Tallo de la Hipófisis o el Hipotálamo, interfieren la llagada del PIF (la hormona hipotalámica que controla e inhibe la producción de PRL) a la Adenohipófisis, con lo que no es raro que estos pacientes tengan la Prolactina elevada en la sangre de manera moderada (menos de 100 ng/ml).

## Diagnóstico

Suelen ser bastante grandes porque clínicamente solo se manifiestan por compresión de estructuras vecinas.

## Tratamiento

### Tratamiento endocrinológico

Si la situación del paciente lo permite, los déficits hormonales detectados se deben de corregir antes de la intervención, es especial la insuficiencia tiroidea y, sobre todo, la insuficiencia suprarrenal, ya que ponen en grave riesgo la vida del paciente ante el estrés que representa la operación para él. Esto se consigue administrando al enfermo las hormonas de las que carece, sobre la base de los síntomas que presenta y al resultado de las pruebas hormonales que se hayan hecho.

Cuando estos pacientes presentan Hiperprolactinemia entre 100 y 200 ng/ml, plantean la duda de si en realidad son Prolactinomas. Si el estado visual del enfermo lo permite, puede ser aconsejable un tratamiento de prueba durante un mes con una de las medicaciones que controlan a estos adenomas, teniendo siempre en cuenta que el objetivo es comprobar la reducción del tamaño tumoral con el tratamiento, no la normalización de los niveles de Prolactina.

Se está estudiando si los tumores que fabrican alfa-glicoproteínas responden a alguna medicación. Si es así, puede ser que en el futuro algunos de estos tumores no necesiten operación quirúrgica. Después de la intervención quirúrgica y de un tratamiento con radioterapia, es necesario volver a valorar el estado de todas las hormonas de la adenohipófisis, ya que pueden haberse producido déficits adicionales que hay que corregir (ver el capítulo general de "Adenomas")

### Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico tiene como objetivos, primero salvar la visión del paciente y en segundo lugar, extirpar la mayor cantidad de tumor posible sin provocar daños adicionales. Los déficits hormonales que el tumor ya ha producido no suelen mejorar con la intervención, pero sí evita que el adenoma siga dañando a más de ellas.

Si existe deficiencia tiroidea o suprarrenal, es conveniente posponer la intervención quirúrgica varias semanas hasta que la situación hormonal se haya normalizado.

Solo en el caso de que una apoplejía hipofisaria haya puesto en grave riesgo la visión del enfermo, se debe de realizar la intervención quirúrgica urgente. Si las vías ópticas aún son viables, el enfermo recuperará la vista después de la operación. Sin embargo, si el compromiso de la visión no es grave y el paciente ya ha iniciado una mejoría evidente de la misma, yo prefiero esperar a ver la evolución del tumor antes que operar de inmediato, ya que puede ser que el adenoma se haya destruido por completo o casi por completo a causa de la hemorragia o por el infarto. Es decir, se ha operado solo. La Resonancia Magnética nos dirá en el plazo de uno o dos meses lo que queda del tumor.

La mayor parte de estos tumores se operan hoy día a través de la nariz, utilizando técnicas de microcirugía (abordaje transesfenoidal). Si el tumor es excesivamente grande o tiene una forma que haga prever una mala descompresión de los nervios visuales desde abajo, se realiza entonces una ventana ósea en la cabeza para abordarlo por arriba (craneotomía). En ocasiones, es necesario emplear las dos vías en tiempos quirúrgicos distintos, para conseguir su extirpación completa. Las posibles complicaciones de la cirugía ya fueron comentadas en el capítulo general de "Adenomas".

La mayor limitación para las exéresis totales es la invasión de los Senos Cavernosos (ver capítulo de Anatomía), ya que penetrar en ellos para quitar tumor supone poner en riesgo a la Arteria Carótida y a los nervios que mueven los ojos. Un alto precio innecesario en este tipo de tumor.

## **Tratamiento radioterápico**

La radioterapia se suele reservar para los casos en los que se observa que el tumor está creciendo de nuevo o cuando tras la operación queda bastante tejido tumoral que no se ha podido extirpar. La radioterapia suele controlar el crecimiento adicional de estos tumores bastante bien, aunque no está exenta de posibles complicaciones.

## **Radiocirugía estereotáctica**

El gran tamaño que estos adenomas suelen tener y el contacto con las vías visuales, limitan su empleo. Por otro lado no se debe de radiar un tumor sin tener una confirmación del tipo de lesión que vamos a tratar mediante su biopsia y observación al microscopio. De lo contrario se corre el peligro de tratar algo que no es un adenoma y que no es sensible a la radiación, con lo que entonces expondríamos al paciente a diversos riesgos sin ningún beneficio a cambio. La política en nuestro servicio es hacer una resección quirúrgica del tumor, en especial cuando existe un compromiso de la visión e indicar la Radiocirugía cuando queda sin resecar un nódulo tumoral en el interior del Seno Cavernoso.

## **Anamnesis**

Motivo de ingreso

Paciente de 65 años, que ingresa de forma programada para exéresis endoscópica endonasal por macroadenoma hipofisario no funcionante.

Antecedentes

No RAM, No Toxicos, Rinoplastia. Hipotirodismo 1º, No DM, Menopausia 2013

Tto actauL: eutirox 100 mcg

Enfermedad actual

En estudio por Cefalea Hemicraneal derecha, se diagnostica de adenoma de hipofisis.

No alteracion del campo visual. T4L:1.48,

Gh 0.1, IGF1191,

PRL11.3

Cortisol: 17

RMN HF: Se compara con la RM previa del 14.01.2015.

Crecimiento del adenoma intraselar con extensión supraselar, que mide 13 x 15 x 15 mm de diámetro anteroposterior x craneocaudal x transversal (previamente 13 x 13 x 11 mm). La lesión llega a contactar con la porción más posterior de los nervios ópticos anteriormente al quiasma óptico, existiendo un importante desvío del tallo hipofisario hacia la izquierda. Se relaciona íntimamente con los senos cavernosos sin claros signos de infiltración de los mismos.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

[https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=adenoma\\_de\\_hipofisis\\_no\\_funcionante](https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=adenoma_de_hipofisis_no_funcionante)

Last update: **2025/05/03 23:59**

