

Adenoma de hipófisis tratamiento quirúrgico

Con excepción del prolactinoma, el tratamiento de primera línea para la mayoría de los adenomas, es la resección quirúrgica; la cual puede ser a través del cráneo o seno esfenoidal (Sandoval-Sánchez y col., 2007).

Indicación quirúrgica:

Apoplejía hipofisiaria Deterioro visual rápido y/o progresivo Tumores productores de ACTH y TSH Productores de gonadotrofinas Productores de H. del crecimiento (Manejo médico difícil por el costo económico.) Areas hemorrágicas y necróticas en imágenes. Deseo del paciente Prolactinomas que no se controlan con bromocriptina, cabergolina o quinagolida o que producen efectos secundarios indeseables. Todos los tumores que producen efecto masa. En aquellos casos en que el diagnóstico es incierto.

Seno esfenoidal

En el caso de las rutas hacia el seno esfenoidal, se han descrito las vías transantral, transmaxilar, sublabial y endonasal.

Las dos primeras rara vez se emplean en la actualidad, mientras que la endonasal transesfenoidal es la ruta preferida para más del 90% de las lesiones de la silla turca.

Abordaje endonasal transesfenoidal

Variantes:

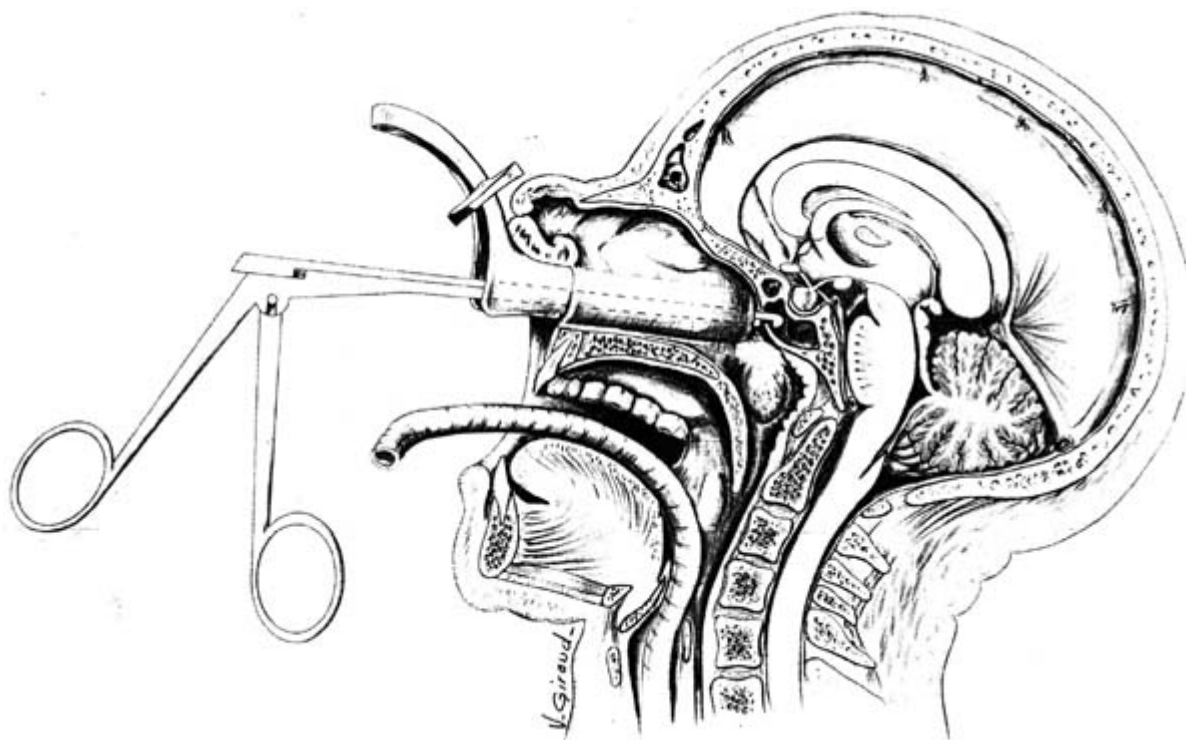
Endonasal transeptal transesfenoidal (Hirsch, 1910).

En el abordaje endonasal transeptal transesfenoidal, se realiza una incisión en la columela a nivel de la unión de la piel con la mucosa nasal, y con ello una amplia disección de dicha mucosa en el plano subpericondrial.

Endonasal directo transesfenoidal (Griffith y Veerapen, 1987).

Requiere mínima disección de la mucosa nasal, ya que se efectúa una incisión vertical más posterior, esto es, a nivel de la unión del cartílago septal con el septum óseo y a partir de ahí se realiza la disección, para luego luxar el cartílago septal e identificar el vómer, sin embargo, este abordaje provee un trayecto ligeramente fuera de la línea media.

A pesar de la utilización, cada vez mayor, del abordaje endonasal directo transesfenoidal, en la resección de adenomas de hipófisis, existen pocos estudios que describan la frecuencia de complicaciones o molestias postoperatorias, relacionadas con este abordaje.



Ha sido, desde la segunda mitad del pasado siglo, la alternativa de solución más versátil y utilizada, alcanzando más del 95% de las operaciones cuyo blanco es la silla turca.

El uso del endoscopio en la cirugía pituitaria a través de los senos paranasales fue reportado por vez primera en los años 1970 en la Literatura médica alemana. En 1989, Papay emplea el abordaje transeptal endoscópico para reparar fístulas de l.c.r. secundarias a cirugía pituitaria y en 1992, Jankowski reporta la resección endonasal endoscópica exitosa de adenomas hipofisarios en tres pacientes. Dos años después, Gamea expone su experiencia en 10 casos de tumores hipofisarios abordados por vía sublabial transeptal transesfenoidal utilizando el microscopio quirúrgico y apoyándose con el endoscopio. Este autor concluyó que el endoscopio facilitaba la disección, del tumor de la glándula normal.

En 1996, Sethi publica una serie de 40 pacientes tratados consecutivamente mediante la aplicación del abordaje transnasal endoscópico para el tratamiento de adenomas hipofisarios y craneofaringiomas y en el mismo año y el siguiente Jho y Carrau publicaron en sendos artículos, su experiencia inicial primero y luego en 50 pacientes, con ayuda de otro cirujano que sostiene el endoscopio después de la esfenoidotomía y le permite la operación bimanual. Inmediatamente reportan la introducción de un soporte mecánico con este fin.

Según Rodziewicz y Heilman, la descompresión endoscópica de los tumores pituitarios puede realizarse alcanzando buenos resultados con mínima morbilidad quirúrgica.

Aldo Stamm señala varias ventajas de la cirugía pituitaria endonasal endoscópica. La primera y más importante es proveer un acceso más directo y rápido a la silla sin craneotomía, lo que reduce la morbilidad asociada a este tipo de proceder. También mejora la visualización, el ángulo visual, y amplía la perspectiva panorámica de importantes estructuras anatómicas del seno esfenoidal, silla turca y región paraselar, permitiendo un manejo dinámico y con seguridad durante la cirugía.

Algunos autores han llegado a plantear que el endoscopio ha reemplazado al microscopio quirúrgico en la cirugía de los adenomas hipofisarios.

El aporte del grupo de la Universidad Federico II de Nápoles, trabajando sobre la anatomía endoscópica y el diseño de instrumentos adecuados para esta cirugía, ha sido sustancial con vistas a convertirla en una técnica estándar (4, 10).

En determinados pacientes la radiocirugía estereotáctica puede ser eficaz (12), especialmente en aquellos pacientes no subsidiarios de tratamiento médico o quirúrgico (5), o en casos de restos tumorales a nivel de seno cavernoso (7).

Pauta medicamentosa preoperatoria:

Hidrocortisona 50 mg I.M a las 23 horas y a las 6 de la mañana. Antes de bajar al quirófano: Suero de 1000 ml + 20 mEq. + 50 mg. hidrocortisona 75 ml/hora.

Pauta intraoperatoria y postoperatoria:

Antibióticos (Cefalotina 1 gm IV c/6h por 2 días, luego pasar a cefalexina VO 1 gm/6h por 5 días.) 100 mg. Hidrocortisona e.v cada 8 horas 2 día 100 mg IV c/12h 3 día 100 mg IV día 4 día Suspende

Control de ingesta, eliminación. Electrolitos diarios hasta el segundo día, BUN, glicemia, osmolaridad. Manejo de las posibles complicaciones (Diabetes insípida)

Postoperatorio

Se envía la muestra patológica para inmunohistoquímica y microscopía electrónica . Se toma cortisol plasmático al sexto día, si es < de 5 repetir en una semana, si continua < 5 hacer prueba de estímulo con ACTH ; si persiste bajo se debe iniciar reemplazo hormonal. A los quince días se toma PRL si es alta se debe iniciar Bromocriptina. RM de control a los tres meses. Control de tamizaje hormonal a los seis meses.

Radioterapia/Radiocirugía

La radioterapia es un tratamiento establecido para tumores recurrentes y recidivas.

La radiocirugía recientemente ha mostrado un control tumoral para tumores residuales y recidivas de adenomas de hipófisis.

Recidiva

En caso de recidiva el manejo ideal es la reintervención Utilizamos radioterapia o radiocirugía estereotáctica en caso de tumores productores de hormona del crecimiento que a los 15 días postoperatorios el control hormonal persista alto y el paciente no pueda tomar Octeótrido y no exista posibilidad de una segunda intervención Pacientes con tumores productores y no productores de PRL en los que exista recidiva y no sea posible la resección quirúrgica (tumor inoperable, no respuesta a cirugía ni a bromocriptina, no aceptación del paciente).

Algunos tumores recidivantes se han tratado con quimioterapia BCNU e incluso recientemente con Gliadel.

Gliadel for Pituitary Adenomas and Craniopharyngiomas Edward R. Laws, Jr., M.D., F.A.C.S.; Angel M. Morris, R.N., B.S.N., C.C.R.N., C.C.R.C.; Nicholas Maartens, M.D. Department of Neurosurgery, University of Virginia Health Sciences Center, Charlottesville, Virginia Department of Neurosurgery, University of Virginia Health Sciences Center, Charlottesville, Virginia Department of Neurosurgery, The Royal Melbourne Hospital, Melbourne, Australia.

Las fístulas de líquido cefalorraquídeo (l.c.r.) a través del piso selar consecutivas a la cirugía o espontáneas (casi siempre en relación con silla vacía), tampoco son infrecuentes en la práctica neuroquirúrgica.

La terapia génica en el campo experimental es desalentador quizá debido a la pobre difusión de virus vectores en el tejido hipofisario (2).

From:

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

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=adenoma_de_hipofisis_tratamiento_quirurgico

Last update: **2025/05/03 23:57**

