

Notas clínicas

A STRANGE PLACE FOR A LIPOMA: SUPRASellar LIPOMA

Suprasellar lipomas are uncommon lesions. They are thought to be derived from the abnormal and poorly differentiated persistence of primitive meninx. These tumors are usually diagnosed incidentally, since most are asymptomatic. However, these masses sometimes produce neurological symptoms, such as headache, epileptic seizures, and even pineal malfunction. Diagnosis is given by radiological imaging. The treatment of choice appears to be conservative management. Surgery should only be recommended in patients who do not respond to medical management. We present the case of a 30-year-old woman who was being investigated because of headache; a computed tomography scan revealed an image suggestive of suprasellar lipoma. Apropos of this case, we review the origin, diagnosis and treatment of these rare tumors.

Key words: Suprasellar lipoma. Pineal lipoma. Lipoma.

Un lugar extraño para un lipoma: lipoma supraselar

PATRICIA DÍAZ GUARDIOLA, ISABEL PAVÓN DE PAZ, PALOMA IGLESIAS BOLAÑOS, JUANA OLIVAR ROLDÁN, TERESA MONTOYA ÁLVAREZ Y SUSANA MONEREO MEGÍAS

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid. España.

Los lipomas supraselares son lesiones muy poco frecuentes. Se cree que derivan de una persistencia anormal y mal diferenciada de la meninge primitiva. Su diagnóstico es generalmente incidental, ya que la mayoría son asintomáticos. Sin embargo, a veces dan lugar a síntomas neurológicos, como cefalea, crisis epilépticas o incluso disfunción hipofisaria. La imagen radiológica permite el diagnóstico. El manejo conservador parece ser el tratamiento de elección. La cirugía únicamente estaría recomendada para los pacientes que no responden al tratamiento médico.

Presentamos el caso de una mujer de 30 años a quien se estaba estudiando por cefaleas. En una tomografía computarizada que se le realizó, se encontró una imagen indicativa de lipoma supraselar. A propósito de este caso, hemos revisado el origen, el diagnóstico y el tratamiento de estos raros tumores.

Palabras clave: Lipoma supraselar. Lipoma hipofisario. Lipoma.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas son tumores benignos de tejido adiposo que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Estamos acostumbrados a verlos en el tronco y las extremidades, donde se localizan con mucha frecuencia, especialmente en adultos. Quizá nos resulte más extraño saber que pueden identificarse de forma intracraneal y, lo que es más, ubicarse en la región supraselar e incluso afectar a la glándula hipofisaria. Si bien es cierto que son tumores muy raros —los lipomas cerebrales constituyen del 0,5 al 1% de los tumores intracraneales y el 0,02% de las lesiones intracraneales operadas¹—, creemos que podría ser interesante conocer algo más acerca de este tipo de lesiones. Por ello, a continuación exponemos el caso de una paciente con un lipoma supraselar.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años, sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés, excepto migrañas con aura, estudiadas por el servicio de neurología en

Correspondencia: Dra. P. Díaz Guardiola.
Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Getafe.
Carretera Toledo, Km 12,500. 28901 Getafe. Madrid. España.
Correo electrónico: Patriciadg00@yahoo.es

Manuscrito recibido el 25-6-2007 y aceptado para su publicación el 27-7-2007.

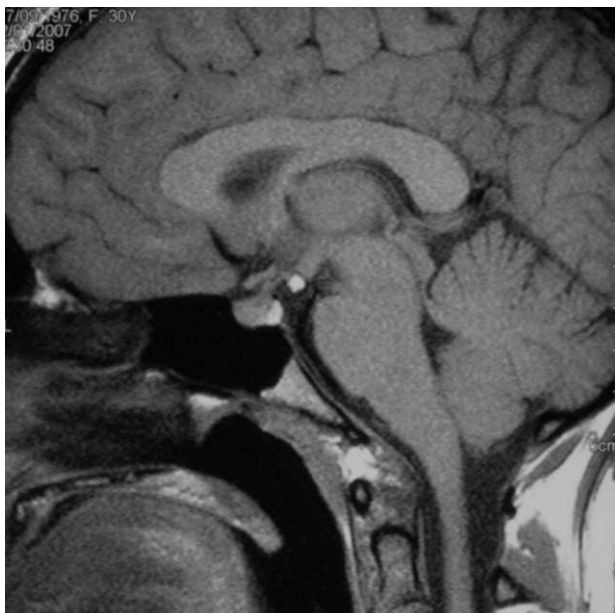


Fig. 1. Resonancia magnética en T1, corte sagital de lipoma supraselar de 45 mm.

1998 y que parecían haber mejorado con antiinflamatorios no esteroideos y triptanes.

En el año 2005, su médico de atención primaria volvió a remitirla al servicio de neurología por un aumento del número de episodios de cefalea y cambio de las características de éstos.

La exploración neurológica fue rigurosamente normal, y su neurólogo solicitó una tomografía computarizada (TC) craneal, en la que se identificó una lesión hipointensa supraselar que podría corresponder a un lipoma. Fue derivada a nuestro servicio para valorar si dicha lesión afectaba a la función hipofisaria.

En el interrogatorio dirigido sobre alteraciones hormonales, la paciente estaba asintomática: refería menstruaciones regulares, no tenía astenia ni había aumentado de peso, no presentaba alteraciones del ritmo gastrointestinal ni otros síntomas asociados. En la exploración física, lo único que llamaba la atención era una glándula tiroides aumentada de tamaño, sobre todo a expensas del lóbulo tiroides derecho, que, en una ecografía de tiroides posterior, correspondía a un bocio multinodular. Se solicitaron las siguientes determinaciones hormonales: corticotropina (ACTH), cortisol, cortisoluria de 24 horas, prolactina, somatotropina (GH), somatomedina C, T4 libre y tirotropina (TSH); todas las determinaciones resultaron dentro de los rangos de normalidad, excepto una cortisoluria elevada, de 363 µg en 24 h (rango normal, 35-200 µg), pero que no se confirmó posteriormente, ya que parecía que la primera orina no se había recogido adecuadamente. Tampoco se evidenciaron defectos campimétricos. Paralelamente se realizó una resonancia magnética (RM) específica de la región hipofisaria, para filiar mejor la lesión, donde se evidenciaba lesión en región supraselar, hiperintensa de 0,45 cm de diámetro, que, igual que la TC previa, parecía corresponder a una lesión de densidad grasa, por lo que se confirmó el diagnóstico de lipoma supraselar que no alteraba la función hipofisaria (figs. 1 y 2).

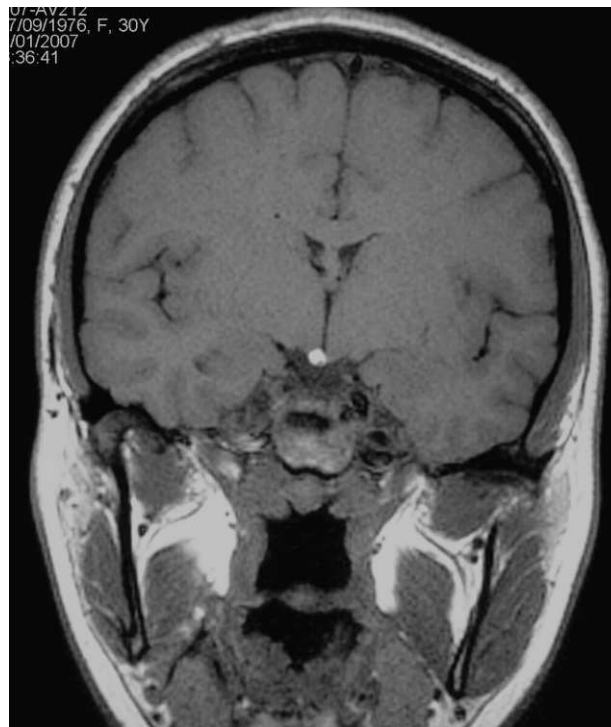


Fig. 2. Resonancia magnética en T1, corte coronal de lipoma supraselar.

DISCUSIÓN

Los lipomas intracraneales son tumores raros. La mayoría se localiza en la región del cuerpo calloso y, con menos frecuencia, en la zona interpeduncular, el ángulo cerebelopontino y la cisterna de Silvio². Su origen no está muy claro, pero parece que podría estar en relación con la persistencia anormal y mal diferenciada de la meninge primitiva, que se reabsorbe normalmente durante la embriogénesis; por tanto, es una derivación mesenquimal de la cresta neural³. Es por esto que se considera más una malformación congénita que una neoplasia y de hecho, con frecuencia, aparece asociado a otras malformaciones; las que con más frecuencia se han descrito son defectos del hueso frontal, displasia facial o aneurismas⁴.

En cuanto a la clínica derivada de este tipo de lesiones, la mayoría son asintomáticas. No obstante, en la literatura médica encontramos casos como el que nos ocupa, de pacientes con cefalea, y otros con hidrocefalia y crisis epilépticas⁵, síntomas secundarios a “efecto masa”⁶. Aunque las alteraciones hormonales son excepcionales, hay descrito el caso de un niño de 9 años con pubertad precoz central secundaria a un lipoma supraselar. El paciente presentaba una edad ósea de 13 años y concentraciones muy altas de testosterona (512,9 ng/dl). Se le realizó un test de estimulación con luliberina (LHRH) con un pico de lutropina (LH) de 12,7 U/l y 6,7 U/l de folitropina (FSH). Se inició tratamiento con agonistas de gonadolibarina (GnRH), con muy buena respuesta⁷.

El diagnóstico es radiológico, ya que su imagen es prácticamente patognomónica: se trata de lesiones hipointensas en la TC, mientras que en la RM son hipointensas en T1 e hipointensas o isointensas en T2, y no realzan con gadolinio².

El tratamiento definitivo es quirúrgico; sin embargo, raramente está indicada la cirugía⁶, ya que el riesgo-beneficio es muy alto porque la resección total es muy difícil sin producir déficit hipofisarios posteriores, y generalmente se emplea tratamiento sintomático. En algunos casos, con clínica resistente al tratamiento sintomático se ha realizado una resección parcial, mejorando la clínica durante largos períodos. Sin embargo, las recidivas no son infrecuentes¹. En el caso de nuestra paciente se eligió un manejo conservador, con analgésicos y antagonistas del calcio para prevenir las migrañas; poco a poco fue disminuyendo el número de episodios hasta que se consiguió que permaneciera asintomática.

Para resumir, subrayar que aunque son tumores muy poco frecuentes, podemos encontrarnos con ellos en nuestra práctica clínica. Aunque generalmente son asintomáticos, pueden asociar síntomas neurológicos

e incluso afectar a la función hipofisaria. Sabemos que el diagnóstico es por imagen y el tratamiento suele ser conservador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spallone A, Pitskhelauri DI. Lipomas of the pineal region. *Surg Neurol.* 2004;62:52-8.
2. Maiuri F, Cirillo S, Simonetti L, De Simone MR, Gangemi M. Intracranial lipomas. Diagnostic and therapeutic considerations. *J Neurosurg Sci.* 1988;32:161-7.
3. Truwit CL, Barkovich AJ. Pathogenesis of intracranial lipoma: an MR study in 42 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 1990;155:855-64.
4. Yildiz H, Hakyemez B, Koroglu M, Yesildag A, Baykal B. Intracranial lipomas: importance of localization. *Neuroradiology.* 2006;48:1-7.
5. Loddenkemper T, Morris HH, Diehl B, Lachhwani DK. Intracranial lipomas and epilepsy. *J Neurol.* 2006;253:590-3.
6. Yilmaz N, Unal O, Kiyamaz N, Yilmaz C, Etlik O. Intracranial lipomas – a clinical study. *Clin Neurol Neurosurg.* 2006;108:363-8.
7. Alyaarubi S, Rodd C. Central precocious puberty with an incidental suprasellar lipoma. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2005;18:1027-8.