

Síncope en un varón de 57 años

M. Penín Álvarez, R. Araújo Ayala, R. Rodríguez Ferro y P. Sesma Sánchez
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. La Coruña.

Caso clínico

Un varón de 57 años, sin antecedentes de interés, sufrió un síncope. La pérdida de conciencia se produjo de forma súbita, sin pródromos; el episodio se prolongó durante varios segundos y la recuperación fue completa, sin secuelas.

La exploración física demostró únicamente un déficit visual periférico binocular. En particular, no existían déficit neurológicos motores o sensitivos.

Un análisis de sangre con T4 libre, 0,6 ng/dl (valores normales, 0,9-1,8); T3 libre, 2,1 pg/ml (2,3-4,2), y hormona tiroestimulante (TSH), 1,8 mcU/ml (0,35-5,5), llevó a solicitar testosterona, 88 ng/dl (241-827); hormona luteinizante (LH), 2,4 mUI/ml (1,5-9,3); hormona foliculoestimulante (FSH), 0,5 mUI/ml (1,4-18,1); cortisol, 7,4 mcg/dl (4-3-22,4), y prolactina, 5,2 ng/ml (2,1-17,7).

Una campimetria mostró una afectación grave binocular de los campos visuales, con mínimo resto central de visión en el ojo izquierdo. Y una resonancia magnética nuclear craneal la lesión que muestran las figuras 1 y 2.

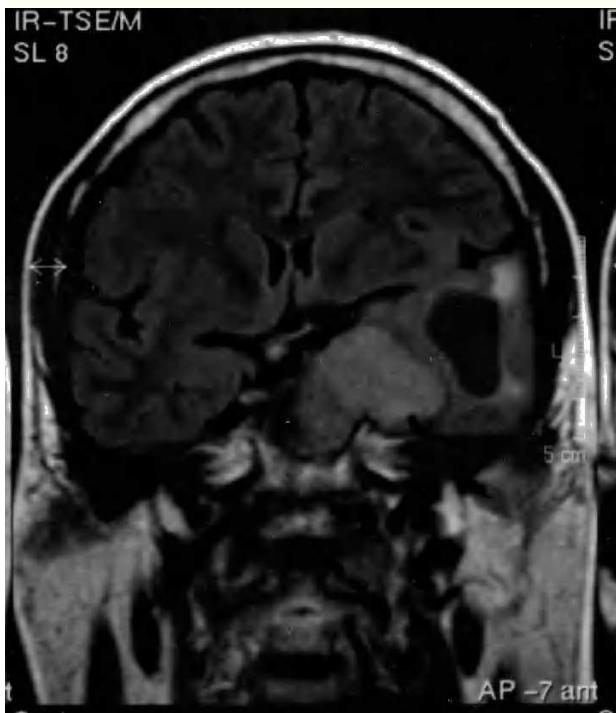


Fig. 1. Tumor sólido-quístico desde área selar hasta la calota craneal.

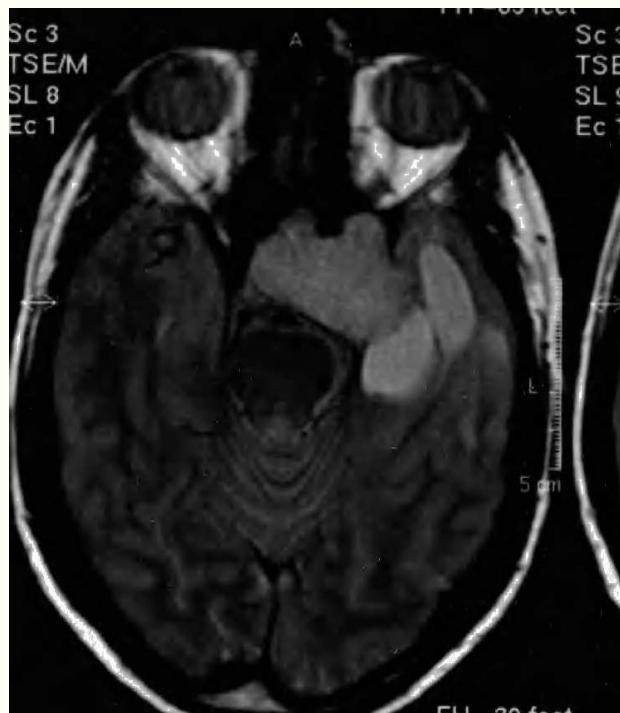


Fig. 2. Corte coronal de la misma lesión.

Evolución

Se instauró tratamiento con hidroaltesona y levotiroxina. La exéresis del tumor se hizo por vía transfrontal, seguida de radioterapia convencional. Anatomopatológicamente se trataba de un tumor hipofisario no secretor. La única secuela de la cirugía que el paciente presenta es la parálisis del tercer par craneal izquierdo. Está pendiente la realización de una nueva campimetría.

Diagnóstico

Macroadenoma hipofisario no secretor.

Comentario

Entre el 25% y el 30% de los tumores hipofisarios son no secretores¹. En la mayoría de estos casos las manifestaciones clínicas son las correspondientes al efecto masa del tumor o al hipopituitarismo que éste produce (siendo el hipogonadismo el tipo de déficit más prevalente). La existencia de áreas quísticas o hemorrágicas intratumorales es frecuente en este tipo de

masas cuando son macroadenomas² (algo habitual en los tumores hipofisarios no secretores). La extensión supraselar y las dudas sobre la naturaleza del tumor (especialmente con los meningiomas) son las circunstancias que más habitualmente aconsejan un abordaje transcraneal en lugar del habitual transesfenoidal³. La persistencia residual del tumor tras la cirugía es la principal indicación para la radioterapia en este tipo de lesiones.

La incidencia de las recurrencias de los adenomas no secretores es, aproximadamente, del 20% en el plazo de un año⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Klibanski A. Non-secretory pituitary tumors. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 1987;16:793-804.
2. Chakeres DW, Curtin A, Ford G. Magnetic resonance imaging of pituitary and parasellar abnormalities (review). *Radiol Clin North Am*. 1989;27:265-81.
3. Guiot G. Transsphenoidal approach in surgical treatment of pituitary adenomas: general principles and indications in nonfunctioning adenomas. En: Kohler PO, Ross GT, editors. *Diagnosis and treatment of pituitary tumors*. New York: American Elsevier; 1973. p. 159-78.
4. Ebersold MJ, Quast LM, Laws ER Jr, Scheithauer B, Randal RV. Long term results in transsphenoidal removal of nonfunctioning pituitary adenomas. *J Neurosurg*. 1986; 64:713-9.