



CASO CLÍNICO

Metástasis hipofisiaria de un adenocarcinoma de endometrio: a propósito de un caso

R. Bernardo^{a,*}, B. Vicente^b, J. Hervás^a y M. Rodríguez De Castro^a

^aFEA Obstetricia y Ginecología, Hospital de Medina del Campo, Medina del Campo, Valladolid, España

^bFEA Medicina Interna, Hospital de Medina del Campo, Medina del Campo, Valladolid, España

Recibido el 10 de noviembre de 2008; aceptado el 3 de diciembre de 2008

Disponible en Internet el 6 de agosto de 2009

PALABRAS CLAVE

Metástasis;
Hipófisis;
Adenocarcinoma de
endometrio

KEYWORDS

Metastasis;
Pituitary;
Endometrial adeno-
carcinoma

Resumen

Los tumores metastásicos de la glándula hipofisiaria procedentes de adenocarcinoma de endometrio son excepcionales. Se presenta el caso de una mujer de 59 años que dos años después de ser diagnosticada y tratada de un adenocarcinoma de endometrio comienza con una hemianopsia bitemporal, a raíz de la cual se le diagnostica una metástasis hipofisiaria. Se realiza una revisión de la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con metástasis hipofisiarias.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pituitary metastases from an endometrial adenocarcinoma: A propos of a case

Abstract

Metastatic tumors of the pituitary gland from an endometrial adenocarcinoma are extremely rare. We report the case of a 59-year-old woman who, 2 years after diagnosis and treatment of an endometrial adenocarcinoma, developed bitemporal hemianopsia. Pituitary metastasis was found. The clinical presentation, diagnosis and therapeutic management of patients with pituitary metastases are reviewed.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En 1857, L. Benjamin describió el primer caso de metástasis hipofisiaria en la autopsia de un paciente con un melanoma diseminado¹. Desde entonces, varias series han demostrado

la existencia de tumores metastásicos en la hipófisis, ya sea en actuaciones quirúrgicas o en autopsias, con una frecuencia que oscila entre el 0,14 y el 5,1% de las metástasis cerebrales estudiadas¹⁻³. El diagnóstico ante mórtem es difícil, puesto que la mayoría de las metástasis en la hipófisis

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rutuber@yahoo.es (R. Bernardo).

son clínicamente silentes². Presentamos aquí un caso en el que la paciente debuta con una hemianopsia bitemporal como manifestación clínica de un cáncer de endometrio diseminado.

Caso clínico

Mujer de 59 años, con antecedente de adenocarcinoma de endometrio de tipo endometriode estadio II, moderadamente diferenciado (G2), intervenida de histerectomía total con doble anexectomía en 2003, con radioterapia y braquiterapia como tratamientos coadyuvantes.

En 2005 la paciente presentó recidiva tumoral en la pared vaginal derecha, tratada con radioterapia, y remisión completa de la lesión. En noviembre de 2007 acudió a la consulta de oftalmología refiriendo disminución de agudeza visual y visión borrosa. Tras estudio campimétrico se observó hemianopsia bitemporal. Se realizó resonancia magnética nuclear de la región hipofisiaria, que detectó una masa hiperintensa y homogénea de 1,2 cm de tamaño que ocupaba la región selar.

Se derivó a la paciente al servicio de neurocirugía del hospital de referencia, donde se realizó la extirpación tumoral del proceso selar mediante abordaje endonasal-endoscópico. El estudio anatomopatológico reveló que se trataba de una metástasis hipofisiaria de probable origen endometrial.

En el postoperatorio inmediato se produjo una diabetes insípida central, corregida con tratamiento. Seis meses después, la paciente comenzó con disnea y tos seca; en la radiografía de tórax se apreció la existencia de numerosos nódulos pulmonares en el lóbulo superior del pulmón izquierdo, y en la broncoscopia se observó una masa en el tercio distal del bronquio principal izquierdo, compatibles con metástasis del adenocarcinoma de endometrio.

Debido al mal pronóstico del caso, la familia desestimó ninguna otra medida diagnóstica o terapéutica más allá del tratamiento paliativo. La paciente falleció en julio de 2008.

Discusión

La hipófisis es una localización relativamente rara para la implantación metastásica de neoplasias sistémicas, con una frecuencia que oscila entre el 0,14 y el 5,1% de las metástasis cerebrales estudiadas¹⁻³.

Se han descrito metástasis hipofisiarias de la mayoría de los tejidos^{2,4}, siendo los cánceres de mama y de pulmón los más frecuentes, con un 39,7% y 23,7% de las metástasis descritas en hipófisis, respectivamente, y seguidos en frecuencia por carcinomas de tubo digestivo, próstata y tumores de origen hematológico²⁻⁷. En la bibliografía consultada, sólo aparecen cinco casos procedentes de un adenocarcinoma de endometrio⁸, lo que constituye un 1,3% de las metástasis hipofisiarias.

Generalmente, las metástasis en hipófisis pasan clínicamente desapercibidas, constituyendo en la mayoría de los casos un hallazgo post mórtem; tal y como se describe en una revisión de 88 necropsias en las que se documentó su presencia, en las que sólo 6 casos habían presentado síntomas derivados de la ocupación hipofisiaria⁶.

La manifestación clínica más frecuente es la diabetes insípida^{2,5,9}; de hecho, la aparición de ésta obliga a descartar siempre la presencia de una metástasis hipofisiaria, ya que las metástasis representan hasta el 14% de los casos de diabetes insípida de cualquier causa¹⁰.

Los déficits visuales campimétricos, como la hemianopsia bitemporal causada por compresión sobre el quiasma óptico que presentaba la paciente del caso que se describe, son mucho menos frecuentes y ocurren en menos del 15% de las metástasis hipofisiarias sintomáticas⁶.

El tratamiento es básicamente paliativo y depende de la sintomatología que presente el paciente y de la extensión sistémica del tumor^{3,5}. En pacientes en los que se conoce la existencia de una neoplasia primaria es fundamental investigar la presencia de metástasis en otras localizaciones. La exploración quirúrgica y la descompresión de la silla turca, generalmente realizada por vía transesfenoidal, es fundamental para confirmar el diagnóstico y para eliminar el progresivo deterioro en la visión causado por la compresión del quiasma óptico, aunque no mejora la supervivencia¹¹.

El pronóstico de los pacientes con metástasis hipofisiarias es pobre, no por la localización en sí, sino por la agresividad del tumor primario. Como ocurre en el caso presentado, la mayoría de los pacientes mueren pocos meses después del diagnóstico. Las series revisadas presentan una supervivencia tras el diagnóstico de las metástasis de 6-7 meses^{2,5,11}. Ntyonga-Pono¹² realizó una revisión de 72 pacientes, en la que sólo el 10% de los pacientes con metástasis hipofisiarias sobrevivían más de un año tras el diagnóstico, con una supervivencia máxima de tres años.

Bibliografía

- Chiang MF, Broca M, Patts S. Pituitary metastases. *Neurochirurgia* (Stuttg). 1990;33:127-31.
- Sioutos P, Yen V, Arbit E. Pituitary gland metastases. *Ann Surg Oncol*. 1996;3:94-9.
- McCormick PC, Post KD, Kandji AD, Hays AP. Metastatic carcinoma to the pituitary gland. *Br J Neurosurg*. 1989;3:71-9.
- Max MB, Deck MD, Rottenberg DA. Pituitary metastasis: Incidence in cancer patients and clinical differentiation from pituitary adenoma. *Neurology*. 1981;31:998-1002.
- Houck WA, Olson KB, Horton J. Clinical features of tumor metastasis to the pituitary. *Cancer*. 1970;26:656-9.
- Teears RJ, Silvermann EM. Clinicopathologic review of 88 cases of carcinoma metastatic to the pituitary gland. *Cancer*. 1975;36:216-20.
- Freda PU, Wardlaw SI, Post KD. Unusual causes of sellar/parasellar masses in a large transsphenoidal surgical series. *J Clin Endocrinol Metab*. 1996;81:2455-3459.
- Lieschke GJ, Tress B, Chambers D. Endometrial adenocarcinoma presenting as pituitary apoplexy. *Internal Med J*. 2007;20:81-4.
- Branch CI, Laws ER. Metastatic tumors of the sella turcica masquerading as primary pituitary tumors. *J Clin Endocrinol Metab*. 1987;65:469-74.
- Kimmel DW, O'Neill BP. Systemic cancer presenting as diabetes insipidus. Clinical and radiographic features of 11 patients with a review of metastatic-induced diabetes insipidus. *Cancer*. 1983;52:2355-8.
- Morita A, Meyer FB, Laws ER. Symptomatic pituitary metastasis. *J Neurosurg*. 1998;89:69-73.
- Ntyonga-Pono MP, Thomopoulos P, Luton JP. Pituitary metastases. Three cases. *Presse Med*. 1999;28:1567-71.