

METÁSTASIS HIPOFISARIA

Eulalia Gómez Liébana

Natividad García Hernández

- Mujer 47 años.
- Fumadora 39 c/día desde los 26 años.
- Depresión recurrente : Litio carbonato 400 mg 3 /24h, Ketazolam 30 mg/24h, Citalopram 30 mg/24h.
- Hipotiroidismo Primario Levotiroxina 50 mcg/24h.
- Macroadenoma Hipofisario mixto (PRL y GH) – Insuficiencia Hipofisaria Parcial
Cefalea frontal+ polidipsia + poliuria+galactorrea bilateral+ amenorrea 1 mes .
No afectación visual
Hidrocortisona 20 mg 1/2-1/2,-1/2, Cabergolina 0,5 mg/ 2 s.



RMN privada: Tumoración selar con erosión del suelo de la silla turca, contacto con las carótidas intracavernosas, componente supraselar, que no desplaza ni comprime quiasma, sugestivo de macroadenoma hipofisario.



Intensa cefalea con episodio sincopal de 10 min de duración.

- EXPLORACIÓN

Estuporosa, reacciona al dolor. PINLA. No signos meningeos.

Glasgow 9/15>>>14/15. Campimetria OK. Roncus sibilantes bilat.

- Analítica OK

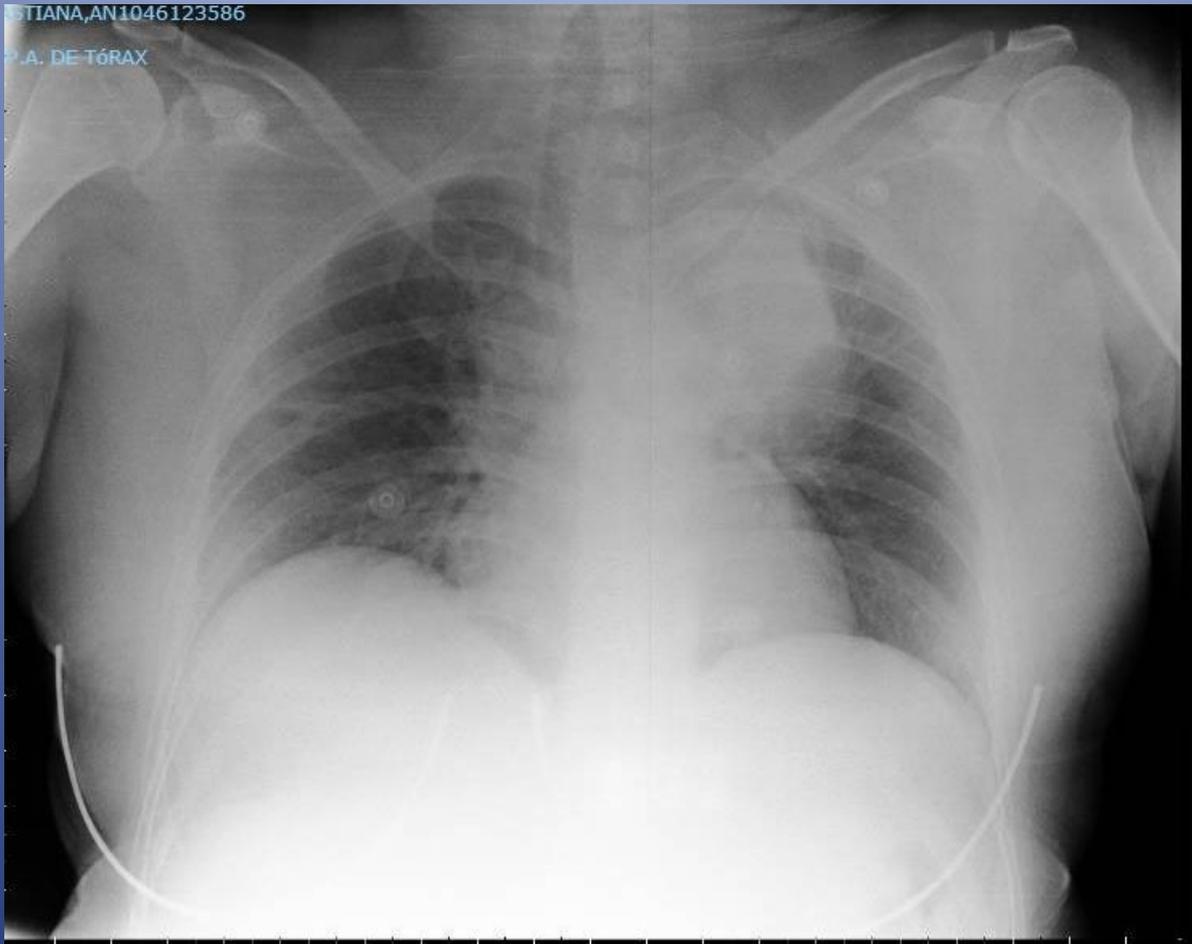
- Litemia OK

- TAC: Imagen hiperdensa y heterogénea de 25x20 mm en el plano axial ya conocida. Probable reciente sangrado del macroadenoma.

- Rx tórax: masa dependiente de mediastino que desplaza traquea.

ESTIANA, AN1046123586

P.A. DE TÓRAX



TRASLADO HUVR

- Lesión hipofisaria con signos de sangrado subagudo.
- Masa en mediastino anterior.
- En HUVR.....

- TAC: masa bilobulada selar y supraselar de 35x25x20 mm con edema perilesional en relación con macroadenoma hipofisario. El III ventrículo y ventrículo lateral parecen aumentados de tamaño, aunque no disponemos de estudios previos.

- PERFIL HORMONAL.
- RMN CRÁNEO.
- TAC ABDOMINOTORÁCICO

- BQ: Na 146. Densidad orina 1003. (1005-1030)
- PRL 14 microUI /ml
- FSH 5,3 Ui/l
- LH 0,8 UI/l
- 17 B estradiol 18,4 pmol/l
- TSH 0,18 microU/ml (0,4-4)
- T4 libre 0,69 ng/dl (0,89-1,8)
- T3 libre 2,27 pg/ml (2,3-4,2)
- Progesterona 0,1 nmol/l
- GH 1,03 ng/ml
- IGF1 300 ng/ml

En planta...

- Diuresis elevadas (13 litros)

Tras desmopresina 2 mcg sub cada 12h >> 2-3 L

- Levotiroxina 75
- Hidrocortisona 20 mg /8h

- TAC TORACO ABDOMINAL: Masa primaria en LSI que infiltra arteria pulmonar izquierda, afectación suprarrenal bilateral, adenopatías mediastínicas ipsilaterales. Compatible con neo de pulmón **T4N3M1b** estadio IV.

Lesión hipofisaria ...Primaria o ¿mtx?





- RMN gadolino: Afectación mtx con lesión **dominante (39x36x33)selar-supraselar** y cerebelosas. Múltiples lesiones nodulares sugestivas de diseminación tumoral a través del líquido cefalorraquídeo en relación con el sist ventricular, borde posterior de bulbo y probablemente entre folias.

Pos: 75.00 mm

Sag

Paciente Pos: HFS

Serie Desc: VNRX TFE T1 3D

< 1504 - 25 >

178% Pixel

SW 3.00 mm

A

288x288

1 nex

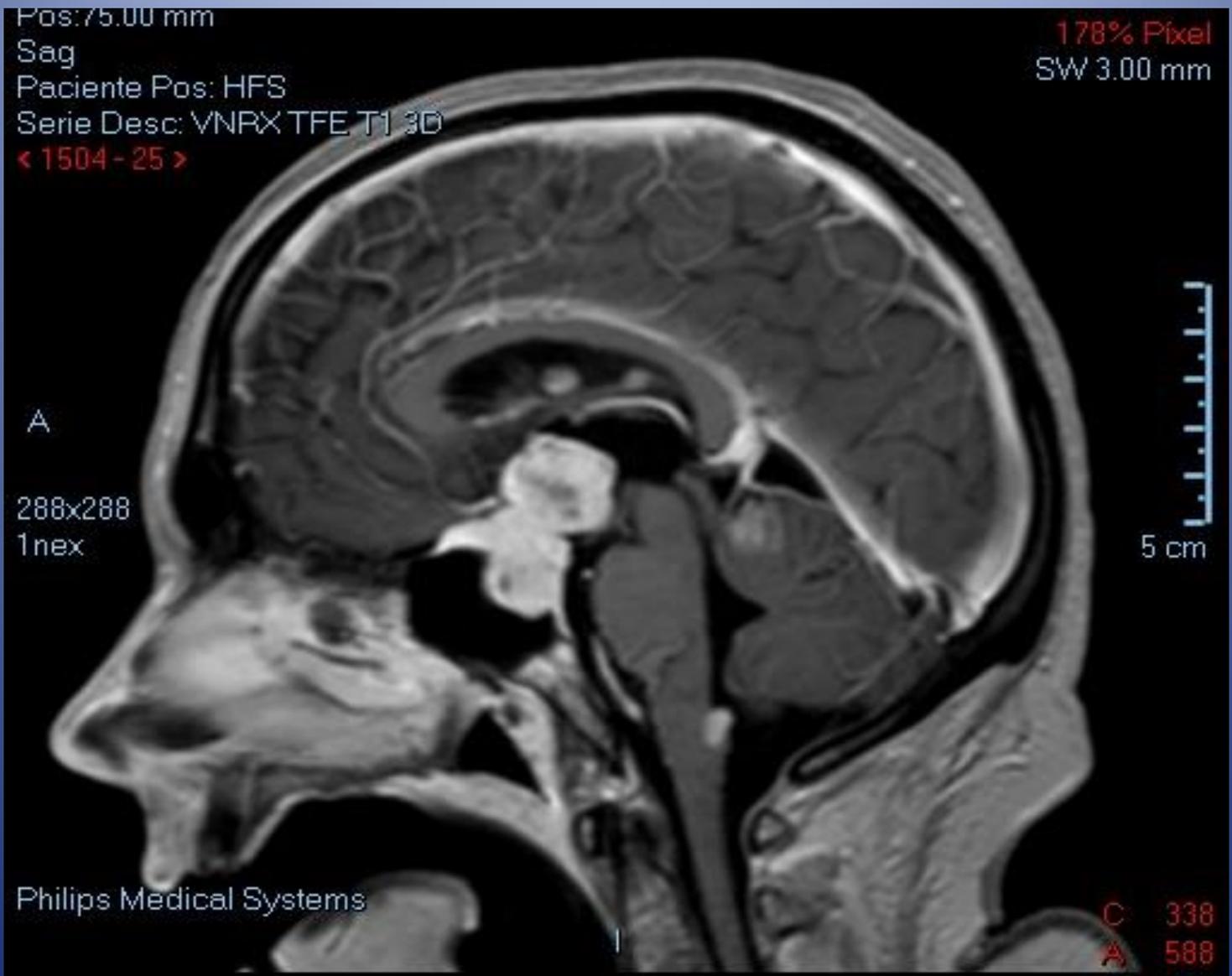


5 cm

Philips Medical Systems

C 338

A 588



Pos: 70.00 mm

Cor

Paciente Pos: HFS

Serie Desc: VNRX TFE T1 3D

< 1503 - 36 >

178% Pixel
SW 3.00 mm

R

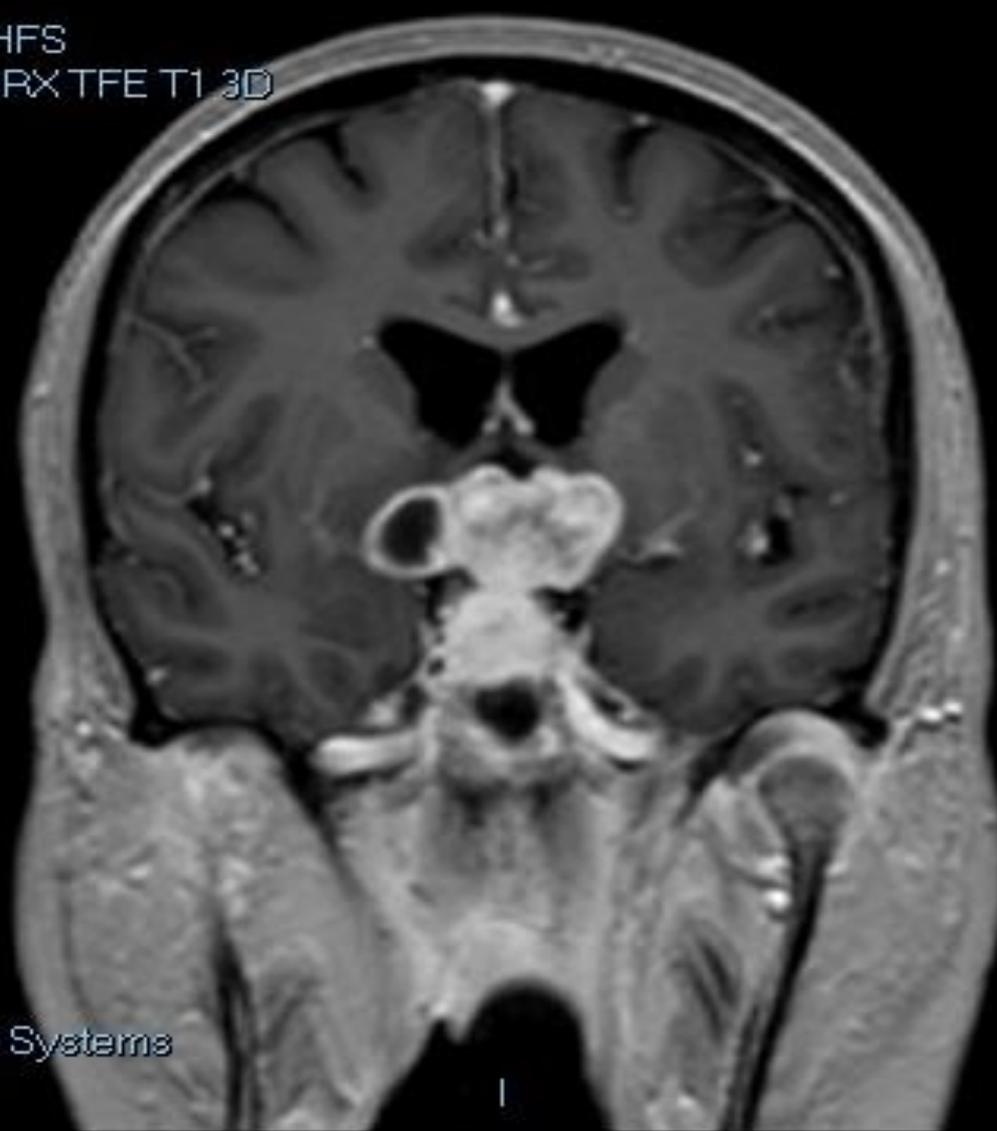
288x288

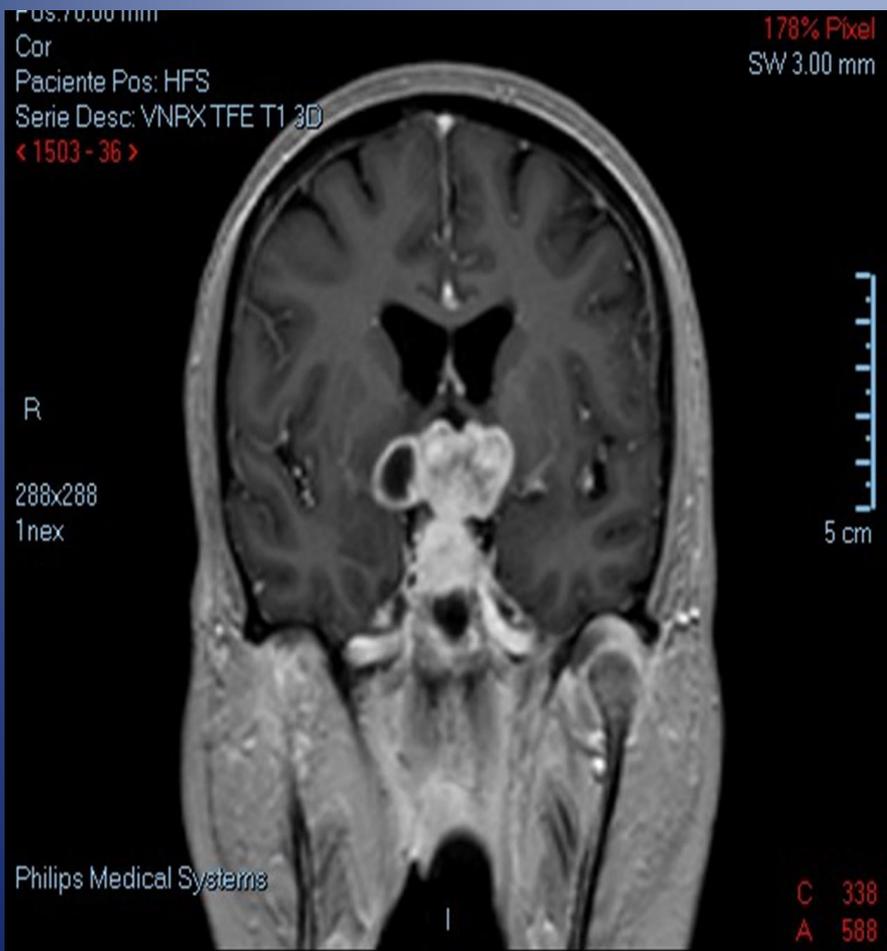
1nex



Philips Medical Systems

C 338
A 588





FIBROBRONCOSCOPIA: BIOPSIA: JC: carcinoma de células pequeñas.

EPIDEMIOLOGÍA

- Infrecuentes.
- < 1 % de las lesiones de pacientes intervenidos de cirugía transesfenoideal por tumores selares/paraselares.
- 5 % de pacientes con cáncer conocido en series de autopsia ,2/3 hipófisis macro normal.
- Aumento en los últimos años. Mayor supervivencia. Pruebas de imagen más sensibles.
- MAMA>>PULMÓN. Representan 2/3. Principal causa en mujer y hombres respectivamente.
El entorno de PRL favorece la proliferación.
- Descritas de cualquier tejido.
- 60-70 años. No preferencias sexo.
- Pueden ser la primera manifestación de un tumor oculto...En un 3 % de casos el tumor primario no se detecta pese a un estudio profundo.
- La mayoría forma parte de un espectro metastásico. Asociadas a 5 o más mtx, especialmente hueso.

CLÍNICA

- Síntomas 2,5-18,2 %. Suelen aparecer en **etapas finales** del cáncer. No da tiempo .
- Preferencia por la **hipófisis post** (en contacto con duramadre. Ausencia de irrigación arterial directa del lob ant) e infundíbulo. Las mtx anteriores son resultado generalmente de la diseminación contigua desde el lóbulo posterior.
- **DIABETES INSÍPIDA.**
- Deficit visual mas frecuente (hemianopsia bilateral)
- Fallo hipófisis anterior. Déficit nervios craneales (III par)

DIAGNÓSTICO

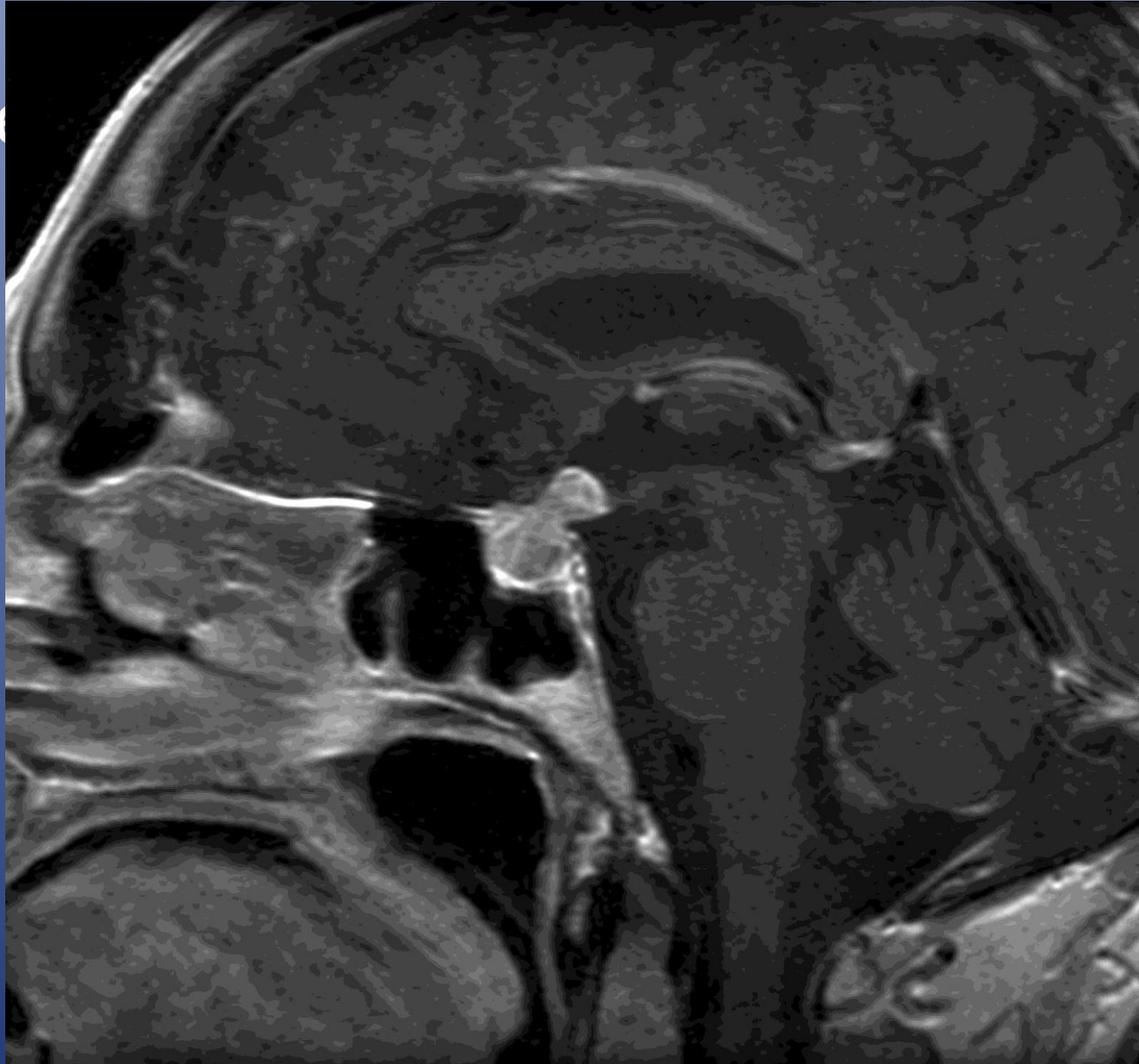
- Difícil. Mayoría clínicamente silente y muy pequeñas para causar cambios radiológicos...pero incluso siendo sintomáticas...

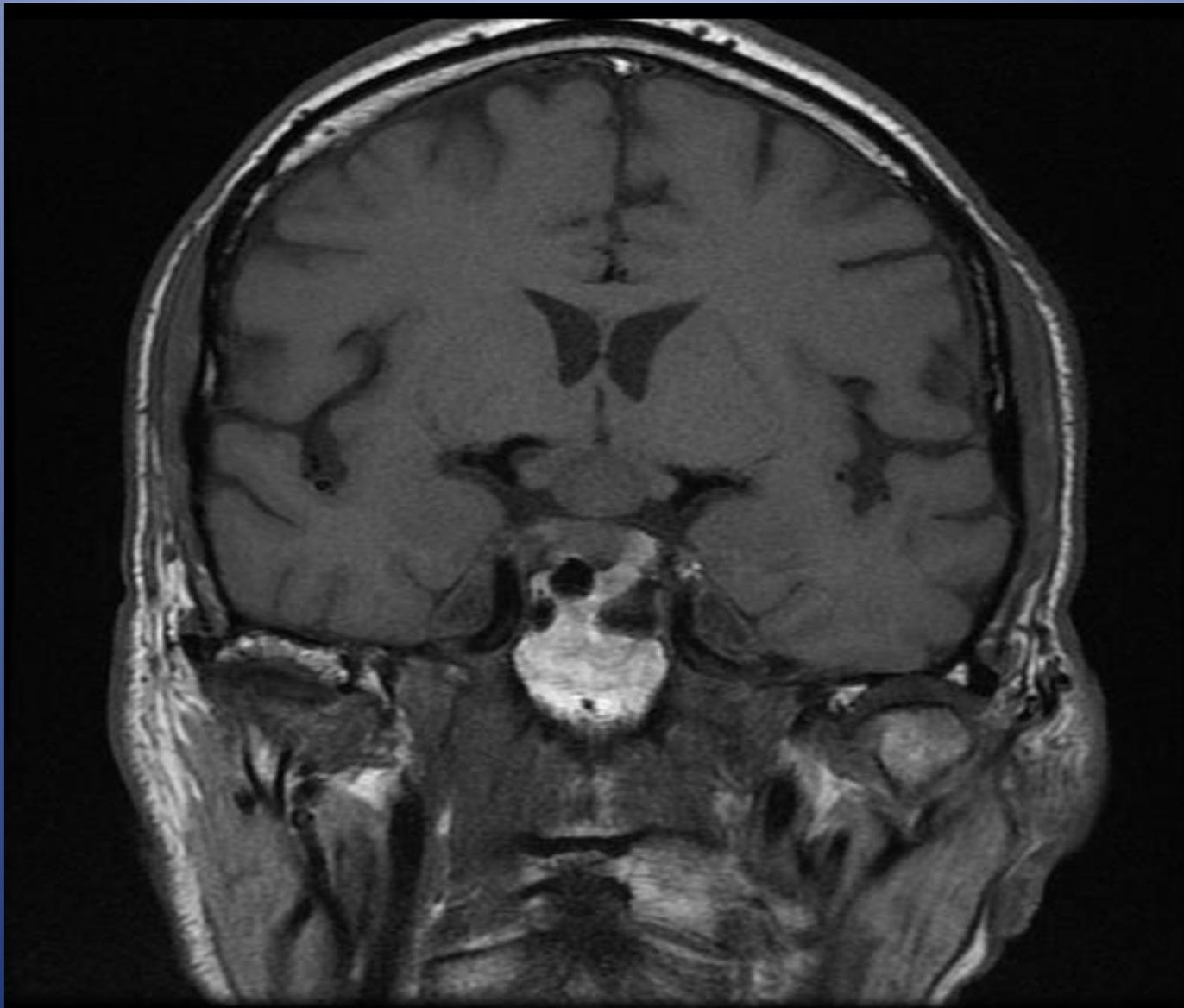
¿ Tumor primario o mtx? Difícil discernir...

DIAGNÓSTICO

- Elevación PRL < 200 ng/ml (9,0 nmol/liter) por compresión de tallo...descarta PRL.
- RMN: masa isointensa o **hipointensa** en **T1WI** , con señal de **alta intensidad en T2WI**, realce **homogeneo** post gadolino así como ausencia de señal de alta intensidad del lobulo posterior en T1WI. Ninguno de estos hallazgos es altamente especifico.
- **El crecimiento rápido de un tumor selar que infiltra agresivamente tejidos adyacentes debería hacernos sospechar. Rápido crecimiento. Respetan el diafragma al principio. Reloj de arena.**
- Invasión del infundíbulo por una masa supraselar...a favor de MP. Los adenomas supraselares suelen invadir posteriormente .

- Image





TRATAMIENTO

- GENERALMENTE PALIATIVO. Dependerá de los síntomas y de la extensión de la enfermedad.
- QT/RT + sustitución hormonal.
- CIA es difícil (firmes, difusos, invasivos, hemorrágicos) reservada para deterioro visual/dolor.

PRONÓSTICO

- Determinado por el T primario. Pobre.
- Tumores muy avanzados y agresivos.6-7m.

NUESTRA PACIENTE...

- QT carboplatino/etopósido.
- Gammagrafía
- Exitus

CONCLUSIONES

- Infrecuentes pero en aumento.
- Posible primera manifestación.
- Repentina DI+ Oftalmoplejía+ Cefaleas en > 50 años...sospechar.
- Tratamiento de elección RT/QT. Considerar cirugía.
- PRL >>200 ng/ml = Prolactinoma. Precaución.

GRACIAS