



# Anestesia-reanimación y cirugía de la hipófisis

B. Szekely, S. Gaillard, N. Liu, M. Dupuy, F. Karnycheff, M. Fischler

*El tratamiento de los adenomas hipofisarios intraselares es la cirugía de la hipófisis por vía transesfenoidal. Esta vía de acceso respeta las vías ópticas y permite la adenomec-tomía selectiva con conservación de una función adenohipofisaria normal. La técnica por vía endoscópica se ha generalizado. Las manifestaciones clínicas de los adenomas adenohipofisarios dependen de la existencia o no de un síndrome tumoral y/o de una hipersecreción hormonal. La sustitución hormonal perioperatoria se ha simplificado y sus modalidades difieren en función del estado endocrino. La intervención es breve y se realiza en posición semisentada. La dificultad del manejo de las vías aéreas domina el período peroperatorio en los pacientes con acromegalia. Las complicaciones son infrecuentes y son principalmente de tipo metabólico (diabetes insípida).*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Tumores de la hipófisis; Acromegalia; Enfermedad de Cushing; Diabetes insípida; Neurocirugía

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1	■ <b>Complicaciones postoperatorias</b>	9
■ <b>Semiología clínica y clasificación radiológica</b>	1	Complicaciones quirúrgicas	9
Semiología clínica	1	Complicaciones metabólicas	10
Clasificación radiológica	2	■ <b>Conclusión</b>	12
■ <b>Evaluación preoperatoria</b>	2		
Evaluación en función del tipo de adenoma hipofisario	2		
Evaluación cardiovascular	4		
Detección sistemática de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	4		
■ <b>Tratamientos preoperatorios</b>	4		
Premedicación	4		
Antibioticoterapia profiláctica perioperatoria	5		
Tratamiento hormonal sustitutivo (a excepción de la diabetes insípida)	5		
■ <b>Anestesia</b>	7		
Monitorización	7		
Control de las vías aéreas	7		
Técnica de anestesia	7		
Colocación quirúrgica	7		
Período de recuperación	8		
■ <b>Técnica quirúrgica</b>	8		
■ <b>Complicaciones peroperatorias</b>	8		
Complicaciones hemodinámicas	8		
Embolia gaseosa	9		
■ <b>Vigilancia y evolución postoperatorias</b>	9		

## ■ Introducción

Los tumores de la hipófisis constituyen alrededor del 10% de las neoplasias cerebrales. Casi todos los casos son adenomas (**Cuadro 1**). Su clasificación se ha definido con más detalle en los últimos años gracias al inmunomarcado. Las dificultades del manejo de estos pacientes se relacionan esencialmente con la variedad de las patologías endocrinas. El tratamiento de las vías aéreas superiores domina el período perioperatorio en los pacientes con acromegalia y el riesgo de aparición de una diabetes insípida durante el período postoperatorio.

## ■ Semiología clínica y clasificación radiológica

### Semiología clínica

Las manifestaciones clínicas de los adenomas hipofisarios dependen de la existencia o no de un síndrome tumoral y de la de una hipersecreción hormonal.

**Cuadro 1.**

Serie quirúrgica de adenomas hipofisarios: hospital Foch, de 1960 a 2007 (6.408 casos).

Adenomas secretores de prolactina	33,7%
Adenomas secretores de GH	20,9%
Adenomas secretores de ACTH	17,8%
Adenomas secretores de TSH	0,7%
Adenomas no funcionales y gonadótropos	26,7%

GH: hormona del crecimiento; ACTH: corticotropina; TSH: tirotrópina.

**Síndrome tumoral**

Se debe en la mayoría de los casos a un adenoma no secretor<sup>[1]</sup>. Los signos clínicos suelen ser tardíos y asocian signos visuales, cefaleas crónicas y signos de hipopituitarismo; esto explica el hecho de que su diagnóstico suele realizarse en el estadio de macroadenoma. El síndrome tumoral visual (disminución de la agudeza visual, hemianopsia bitemporal, edema de papila en el fondo de ojo, diplopía) refleja la importancia de la expansión supraselar del adenoma, esencialmente en sentido superior y anterior, con compresión de las vías ópticas, y en menos ocasiones en sentido lateral hacia el seno cavernoso, en cuyo caso se acompaña de la compresión de los nervios oculomotores. Las otras extensiones extraselares suelen ser asintomáticas. La extensión tumoral intraselar comprime o destruye el tejido hipofisario sano, lo que explica los signos de hipopituitarismo.

Los signos que señalan una hipertensión intracraneal son infrecuentes, debido al desarrollo lento del adenoma.

Por último, en casos infrecuentes, algunos tumores hipofisarios se diagnostican ante un cuadro clínico agudo relacionado con una necrosis tumoral. El cuadro de apoplejía (necrosis hemorrágica) asocia cefaleas, náuseas, vómitos, trastornos visuales mayores y síndrome de insuficiencia hipofisaria aguda. Se favorece por un tratamiento anticoagulante, estrogénico o incluso por la gestación. La indicación quirúrgica es urgente en caso de disminución intensa de la agudeza visual.

**Síndrome de hipersecreción hormonal**

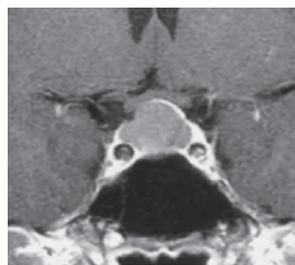
Los adenomas funcionales suelen estar constituidos por un único tipo celular, y se manifiestan por una hipersecreción monohormonal (adenomas secretores de prolactina, somatotropo, corticotropo, tirótropo o gonadótropo). Sin embargo, existen algunos adenomas mixtos, de los que los más clásicos son los adenomas secretores de hormona de crecimiento (GH) y de prolactina. Por otra parte, se puede producir una hiperprolactinemia secundaria moderada (inferior a 200 ng/ml) por pérdida de la inhibición tónica de la secreción de prolactina con independencia del tipo tumoral (hiperprolactinemia funcional o de desconexión).

**Clasificación radiológica**

La resonancia magnética (RM) cerebral es la exploración de referencia y permite la localización de los adenomas mayores de 5 mm y la apreciación de su extensión (Fig. 1)<sup>[2]</sup>.

La clasificación francesa establecida por Derome et al<sup>[3]</sup> consta de cinco grados:

- grado 0: microadenoma con deformación localizada de la silla turca, sin aumento de su volumen;
- grado 1: ensanchamiento de la silla turca sin expansión supraselar;
- grado 2: expansión supraselar sin alteración visual;
- grado 3: extensión supraselar con afectación visual o expansión a nivel del seno esfenoidal (grado 3');;
- grado 4: adenoma gigante.



**Figura 1.** Resonancia magnética preoperatoria de un adenoma secretor de hormona del crecimiento (grado 2).

También se pueden clasificar los adenomas en tres categorías: microadenoma menor de 10 mm, macroadenoma mayor de 10 mm intraselar o con una extensión extraselar (Fig. 2).

**Evaluación preoperatoria****Evaluación en función del tipo de adenoma hipofisario**

Además de los elementos que suelen buscarse en la consulta de anestesia, algunos datos se buscan más específicamente en función del tipo de adenoma hipofisario.

**Adenomas no secretores o gonadótropos**

Estos dos tipos de adenoma son parecidos. De hecho, una gran parte de los adenomas no funcionales son en realidad adenomas gonadótropos. Los déficits corticotropo o tirótropo deben recibir un tratamiento sustitutivo adecuado.

**Adenomas de prolactina**

Las características del paciente, que es una persona joven, no plantean problemas de anestesia.

**Adenomas somatotropos**

Los adenomas somatotropos (secretores de GH) son responsables de casi todos los casos de acromegalia. Estos pacientes tienen un alto riesgo de intubación difícil<sup>[4-6]</sup>, de síndrome de apnea del sueño<sup>[7]</sup> y de hipoxemia postoperatoria. Esto se explica por el síndrome dismórfico facial (hipertrofia nasal, prognatismo y aumento del tamaño de los maxilares y la mandíbula), la macroglosia y la hipertrofia de las mucosas faríngea y laríngea, que favorecen la obstrucción respiratoria durante el sueño, en particular cuando existe un aumento del tamaño de la epiglotis y de las cuerdas vocales, así como una hipertrofia de los cornetes. Las dos series extensas de la literatura coinciden en una prevalencia de intubación difícil del 9,1<sup>[5]</sup> y del 10%<sup>[4]</sup>. Este riesgo es muy superior al observado en los pacientes operados de un adenoma hipofisario no funcional, que es del 2,6%<sup>[5]</sup>. El riesgo de intubación difícil es mayor si se observa una puntuación en la escala de Mallampati de 3 o 4<sup>[4]</sup>, pero este signo no tiene una gran especificidad. La evaluación de la extensión cervical no permite mejorar la predicción de la intubación difícil<sup>[8]</sup>.

Por otra parte, más del 50% de los pacientes con acromegalia tienen una hipertensión arterial sistodiastólica, que señala una retención hidrosódica con hipovolemia. Siempre existe cardiomegalia, relacionada con una esplanomegalia o asociada a una insuficiencia cardíaca, por lo general de alto gasto. Es frecuente que exista una coronariopatía, que puede ser responsable de un infarto de miocardio. El pronóstico de la afectación cardíaca es peor en los pacientes jóvenes. Es frecuente que exista una diabetes de tipo 2, que puede evolucionar hacia una diabetes insulino dependiente. Las modificaciones anatómicas de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756594>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756594>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)