



Protocolo diagnóstico de las masas en la silla turca

I. Gonzalo Montesinos^{*a}, A. García-Manzanares^b, N. Gil Fournier^c y L. García-Valdecasas^c

Servicio de Endocrinología y Nutrición. ^aHospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro. Madrid. España. ^bComplejo Hospitalario la Mancha Centro. Ciudad Real. España. ^cHospital General de Villalba. Villalba. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Silla turca
- Hipófisis
- Lesión sellar
- Evaluación hormonal

Keywords:

- Sella turcica
- Pituitary
- Sellar lesion
- Hormonal evaluation

Resumen

Introducción. La región sellar se localiza en la parte central de la base del cráneo, detrás de la pared posterior del seno esfenoidal y entre ambos senos cavernosos. La hipófisis está formada por la adenohipófisis (hipófisis anterior) y la neurohipófisis (hipófisis posterior) que descansan en la silla turca.

Epidemiología. Las masas de la silla turca representan el 10-15% de todos los tumores cerebrales, encontrándonos gran variedad de lesiones tanto neoplásicas como inflamatorias, vasculares o del desarrollo.

Diagnóstico. Su diagnóstico se realizará en base a estudios como la resonancia magnética, campo visual o bien mediante determinaciones hormonales.

Abstract

Diagnostic protocol for sella turcica masses

Introduction. The sellar region is located in the central portion of the skull base, behind the posterior wall of the sphenoid sinus and between both cavernous sinuses. The pituitary gland formed by the adenohypophysis (anterior pituitary) and the neurohypophysis (posterior pituitary), lies in the sella turcica.

Epidemiology. Tumors of the pituitary gland and sellar region account for approximately 10% to 15% of all brain tumors and a large variety of neoplastic, inflammatory, vascular, or developmental lesions can be found in this region.

Diagnostic. For the diagnostic, magnetic resonance, hormonal determinations and visual field are necessary.

Introducción

La región sellar se encuentra en la parte central de la base del cráneo, detrás de la pared posterior del seno esfenoidal y entre ambos senos cavernosos. La hipófisis está formada por la adenohipófisis (hipófisis anterior) y la neurohipófisis (hipófisis posterior) que descansan en la silla turca. El crecimiento

suprasellar es el eje principal en la extensión de las masas de la silla turca. Representan aproximadamente el 10-15% de todos los tumores craneales, encontrándonos con una gran variedad de lesiones como las neoplásicas, inflamatorias, vasculares o del desarrollo, debiéndose establecer el diagnóstico diferencial entre ellas¹⁻⁵ (tabla 1).

El diagnóstico de los tumores selares requiere un abordaje multidisciplinar implicando a endocrinólogos, neurorradiólogos, neurocirujanos y oftalmólogos. Lo habitual es diagnosticar de forma preoperatoria en la mayoría de los casos documentados, aunque en contadas ocasiones es necesaria la realización de una biopsia para definir la estrategia

*Correspondencia
Correo electrónico: irenegonzalo@hotmail.com

TABLA 1

Masas en la silla turca**Lesiones hipofisarias benignas**

Hipófisis anterior

Hiperplasia (embarazo, hipotiroidismo o hipogonadismo primario de larga evolución)

Adenomas: funcionantes, no funcionantes, apoplejía hipofisaria

Hipofisitis

Linfocitaria, granulomatosa, xantomatosa

Secundaria infecciosa o no infecciosa

Hipófisis posterior

Pituicinas

Tumores de células granulares

Lesiones hipofisarias malignas

Carcinomas de hipófisis

Lesiones no hipofisarias benignas

Craneofaringiomas

Cordomas, condrosarcomas y condromas

Meningiomas

Lesiones no hipofisarias malignas

Lesiones metastásicas

Linfomas

Tumores de células germinales

Lesiones del desarrollo

Quistes de la cisterna de Rathke, dermoide y aracnoide

Síndrome de la silla turca vacía

Lesiones vasculares: aneurismas o fistulas

óptima de tratamiento y, si fuera necesario, realizar la intervención quirúrgica adecuada².

La mayoría de los tumores son adenomas hipofisarios, teniendo en estudio una prevalencia de entre 1,5-26,7%, siendo el más frecuente de ellos el productor de prolactina^{3,4}. Estos se distinguen por el tamaño, siendo llamados los de menos de 1 cm microadenomas y los de más de 1 cm macroadenomas. En una revisión de la historia natural de los incidentalomas hipofisarios, se ha visto que la mayoría (80%) de estos no modifica su tamaño tras una media de seguimiento de 4,3 años, mientras que un 10% aumentan y el 10% restante disminuye. Estos mismos estudios muestran que el 63% de los macroincidentalomas permanecen estables, mientras que un 24% aumentan de tamaño y un 13% disminuyen³.

Diagnóstico

Historia clínica y exploración física

Se debe hacer una historia detallada después del descubrimiento de una masa sellar, encaminada a detectar alteraciones en la secreción de hormonas hipofisarias tanto por defecto como por exceso. Los síntomas pueden ser variados y, sobre todo, dependen de la modificación en la secreción de hormonas hipofisarias como consecuencia de la lesión, de su efecto sobre el eje hipotálamo hipofisario, la tasa de crecimiento, la extensión supraselar próxima al quiasma óptico y la extensión lateral a los senos cavernosos.

Debemos preguntar de forma dirigida y explorar los síntomas de efecto masa como las alteraciones visuales y la cefalea.

En ocasiones, el diagnóstico se hace al descubrir la masa sellar en una tomografía computarizada (TC) o una resonancia magnética (RM) hechas por otras razones en pacientes totalmente asintomáticos, recibiendo el nombre de incidentalomas. La prevalencia de los incidentalomas se estima en series de autopsias del 9,3% (1,5-26,7%) o en series de imágenes de RM que muestran macroadenomas hipofisarios asintomáticos en el 0,1-0,3% de los casos considerados⁶.

Técnicas de imagen

La técnica de elección para el diagnóstico de las lesiones hipofisarias es la RM, recomendada incluso en aquellos pacientes para los que ya se disponga previamente de una TC. Este estudio debe incluir imágenes de la región hipotálamo-hipofisaria, potenciadas en T1, al menos en planos sagital y coronal, previas y posteriores a la administración de contraste, e imágenes potenciadas en T2, al menos en un plano.

En las imágenes por RM sin contraste, los adenomas hipofisarios se aprecian como masas con intensidad de señal ligeramente inferior en T1 y a menudo ligeramente más intensas en T2 que el tejido sano. Con el contraste, los adenomas aumentan ostensiblemente la intensidad de la lesión. Las zonas de baja intensidad intralesión indican necrosis o formaciones quísticas, como pueden ser algunos craneofaringiomas, los adenomas quísticos o los quistes de la cisterna de Rathke. Además, la RM es particularmente eficaz en el diagnóstico de la hemorragia en el interior del adenoma hipofisario en los casos de apoplejía hipofisaria, porque produce de forma característica una señal hiperintensa en T1.

Podremos observar un aumento del tamaño de la hipófisis en la hiperplasia, en fistulas del seno cavernoso o las hipofisitis.

Evaluación hormonal

En todos los pacientes que presenten masas selares, tengan o no síntomas de disfunción hipofisaria, hemos de realizar una evaluación hormonal¹.

Hipersecreción

Prolactina. Para poder evaluarla es necesario que se canalice una vía y, esperando 20 minutos, se haga la extracción de la muestra, evitándose así el estrés originado como consecuencia de la venopunción. En la interpretación debemos considerar que una compresión del tallo, la insuficiencia renal, la macroprolactinemia, la medicación suministrada o el embarazo podrían alterar el valor de la concentración de prolactina, dando un falso positivo.

Hormona de crecimiento. Se recomienda determinar inicialmente el factor similar a la insulina 1 (IGF-1), si estuviera elevado, llevar a cabo la sobrecarga oral de glucosa para la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808069>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808069>

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