

Adenoma hipofisario gigante

Adenoma de hipófisis de > 4 cm.

Clasificación

No funcionantes

Prolactinoma gigante

Adenoma hipofisario gigante secretor de GH, LH, ACTH....

Adenoma hipofisario gigante gonadotropo silente

En una serie sobre 250 pacientes, la mayoría (92%) de los pacientes presentaron deterioro visual.

Los tumores no funcionantes fueron 136 pacientes (54,3%) y entre los funcionantes 63 pacientes (25,4%) tenían prolactinomas y 45 pacientes (18%) tenían adenomas secretores de GH, mientras que 3 pacientes eran cada uno secretores de LH y ACTH.

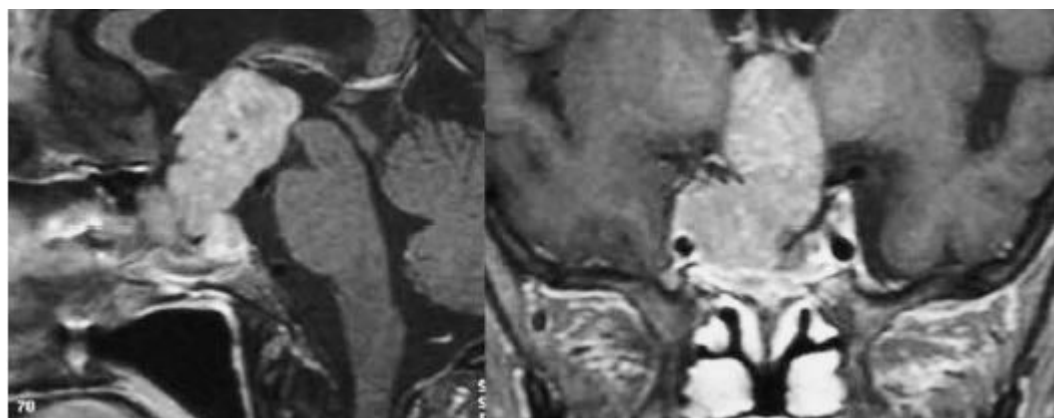
El diámetro máximo del tumor varió de 4 a 10,5 cm, con un diámetro medio de 5,4 cm.

Se practicaron 273 procedimientos quirúrgicos en 250 pacientes. De estos, 110 fueron transesfenoidales, mientras que 163 fueron transcraneales.

Un solo procedimiento quirúrgico se realizó en 227 pacientes (89,2%). 23 pacientes (9,2%) precisaron una reintervención, por apoplejía o tumor residual.

La extirpación casi total (> 90%) se pudo lograr en 74%, con mejora de la visión en el 53% y un buen resultado en el 75% de los pacientes. La mortalidad y la morbilidad fue de 4.4% y 14%, respectivamente ¹⁾.

En un caso se describe un adenoma gigante que se diagnosticó por obstrucción nasal (Beriat y col., 2010).



Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento quirúrgico es la extirpación máxima posible con efectos secundarios mínimos, lo cual puede lograrse mediante una cuidadosa planificación preoperatoria del abordaje quirúrgico, basado en las direcciones de las extensiones del tumor e invasión, ya que así se ofrecen mejores posibilidades para controlar el crecimiento del tumor cuando se precisa tratamiento coadyuvante farmacológico o radioterapéutico.

Son técnicamente difíciles y en caso de no ser posible, la radioterapia es una posibilidad (Astaf'eva y col., 2010).

Los tumores de consistencia fibrosa o 'reloj de arena' son particularmente difíciles de extirpar por completo y de forma segura a través de la vía transesfenoidal sola ya que la ventana de trabajo es muy limitada (Helbig y col., 2010).

Aunque sea factible por vía transcraneal, también puede estar asociado con hemorragia significativa postquirúrgica.

Una vía mixta transcraneal y transesfenoidal es una alternativa quirúrgica, que se puede realizar con ayuda de endoscopia (Leung y col., 2011).

También una cirugía combinada endoscópica transesfenoidal-transventricular (Romano y col., 2010).

También a través de una transesfenoidal expandida (Yang y col., 2010), que puede aproximarse por vía binasal con etmoidectomía posterior, descompresión del canal óptico y plano esfenoidal... (Saeki y col., 2010), aunque también existen series de extirpaciones endonasales endoscópicas sin expansión de la vía (Nakao y col., 2011).

Bibliografía

Astaf'eva, L I, B A Kadashev, Iu Iu Trunin, y D L Rotin. 2010. «[Development of secondary resistance to dopamine agonists in a patient with giant prolactinoma]». Zhurnal Voprosy Neirokhirurgii Imeni N. N. Burdenko (4) (Diciembre): 48-51; discussion 51-52.

Beriat, Güçlü Kaan, Cem Doğan, Sefik Halit Akmansu, Demet Karadağ, y Handan Doğan. 2010. «A rare cause of nasal obstruction: giant invasive nonfunctioning pituitary adenoma». Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi: KBB = Journal of Ear, Nose, and Throat 20 (6) (Diciembre): 309-313.

Helbig, Gregory M, y Aaron A Cohen-Gadol. 2010. «The use of intraoperative suprasellar pneumocisternogram for resection of large pituitary tumors». Clinical Neurology and Neurosurgery 112 (10) (Diciembre): 897-899. doi:10.1016/j.clineuro.2010.07.003.

Leung, Gilberto Ka Kit, Michelle Mae Ann Yuen, Wing Sun Chow, Philip Yat Hang Tse, y Wai Man Lui. 2011. «An endoscopic modification of the simultaneous "above and below" approach to large pituitary adenomas». Pituitary (Junio 3). doi:10.1007/s11102-011-0319-y. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21638075>.

Nakao, Naoyuki, y Toru Itakura. 2011. «Surgical outcome of the endoscopic endonasal approach for non-functioning giant pituitary adenoma». Journal of Clinical Neuroscience: Official Journal of the Neurosurgical Society of Australasia 18 (1) (Enero): 71-75. doi:10.1016/j.jocn.2010.04.049.

Romano, Antonio, Salvatore Chibbaro, Marco Marsella, Gabriele Oretti, Toma Spiriev, Corrado Iaccarino, y Franco Servadei. 2010. «Combined endoscopic transsphenoidal-transventricular approach for resection of a giant pituitary macroadenoma». World Neurosurgery 74 (1) (Julio): 161-164.

doi:10.1016/j.wneu.2010.02.024.

Saeki, Naokatsu, Kentaro Horiguchi, Hisayuki Murai, Yuzo Hasegawa, Toyoyuki Hanazawa, y Yoshitaka Okamoto. 2010. «Endoscopic endonasal pituitary and skull base surgery». *Neurologia Medico-Chirurgica* 50 (9): 756-764.

Sinha, Sumit, y B S Sharma. 2010. «Giant pituitary adenomas—an enigma revisited. Microsurgical treatment strategies and outcome in a series of 250 patients». *British Journal of Neurosurgery* 24 (1) (Febrero): 31-39. doi:10.3109/02688690903370305.

Yang, Isaac, Marilene B Wang, y Marvin Bergsneider. 2010. «Making the transition from microsurgery to endoscopic trans-sphenoidal pituitary neurosurgery». *Neurosurgery Clinics of North America* 21 (4) (Octubre): 643-651, vi. doi:10.1016/j.nec.2010.07.008.

1)

Sinha S, Sharma BS. Giant pituitary adenomas—an enigma revisited. Microsurgical treatment strategies and outcome in a series of 250 patients. *Br J Neurosurg*. 2010 Feb;24(1):31-9. doi: 10.3109/02688690903370305. PubMed PMID: 20158350.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=adenoma_hipofisario_gigante

Last update: **2019/09/26 22:12**

