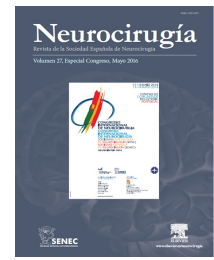




Neurocirugía

<https://www.revistaneurocirugia.com>



P180 - PITUICITOMA HIPOFISIARIO

F.J. Salge Arrieta, L.M. Rojas Medina, V. Berrocal, H.D. Jiménez Zapata, H. Pian y L. Ley Urzáiz

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: El concepto de tumor hipofisario no adenomatoso incluye: oncocitoma fusocelular, tumor de células granulares neurohipofisario y pituicitoma. Este último deriva de células gliales y es extraordinariamente raro (menos de un centenar de casos descritos). Presentamos un caso de pituicitoma, analizando sus principales características.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 30 años que desarrolla una cuadrantanopsia bitemporal heterónima e hiperprolactinemia leve (137 ng/ml). La IRM mostró una lesión selar-supraselar sólida, bien delimitada, con captación homogénea de contraste. A través de un abordaje endonasal endoscópico (AEE) se realizó una extirpación macroscópica completa, con mejoría de los síntomas visuales y desarrollando una insuficiencia hormonal postoperatoria. Los pituicitomas están considerados como tumores grado I OMS que derivan de los pituicitos neurohipofisarios o infundibulares. Aunque los hallazgos radiológicos pueden anticipar el diagnóstico de presunción ocasionalmente (masa selar/infundibular, iso/hipointensa en T1, hiperintensa en T2, con realce homogéneo), suele ser un diagnóstico histológico postoperatorio. Habitualmente son tumores muy vascularizados, lo que dificulta la exéresis completa (tratamiento de elección) y se asocia a una alta tasa de recidiva (29,2%). Además, está descrito un mayor índice de panhipopituitarismo postquirúrgico probablemente debido a su origen infundibular. El estudio histopatológico reveló la presencia de células fusiformes con patrón estoriforme, positivas para S-100, GFAP, TTF-1 y negativas para hormonas adenohipofisarias.

Discusión: Dada la ausencia de características radiológicas patognomónicas, los pituicitomas son difíciles de distinguir de otras lesiones selares de mayor frecuencia. Actualmente, el abordaje de elección en pacientes sintomáticos es EETE, pues permite su resección completa con menor tasa de morbi-mortalidad.