

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



Vol. 26, No. 1, 1997 [ver índice]

---

# CASOS RADIOLOGICOS

Editor: Dr. Cristián García B.  
Profesor Adjunto  
Deptos. de Radiología y Pediatría  
PUC

Dr. Isidro Huete L.  
Profesor Adjunto  
Depto. de Radiología  
PUC

Dr. Oscar Contreras O  
Médico Residente  
Depto. de Radiología  
PUC

## Casos clínicos

### Caso1

Paciente de sexo femenino, de 42 años de edad, que consulta por amenorrea y galactorrea de 1 año de evolución. Dentro de sus exámenes destaca prolactinemia con un valor de 95 ng/ml (valor normal hasta 20 ng/ml). Se solicita tomografía computada de silla turca (Figura 1).

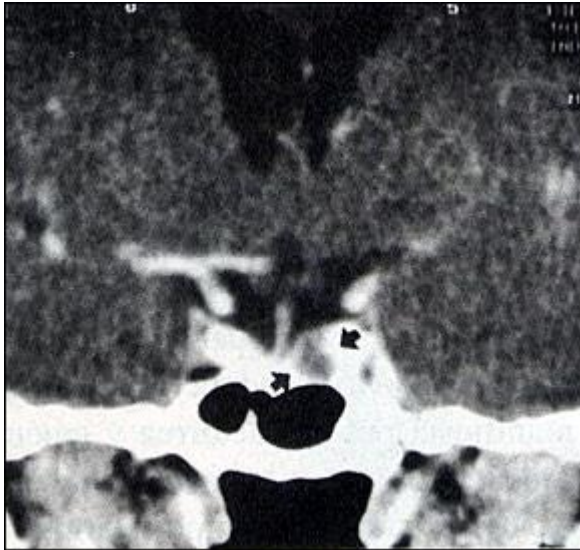


Figura 1a

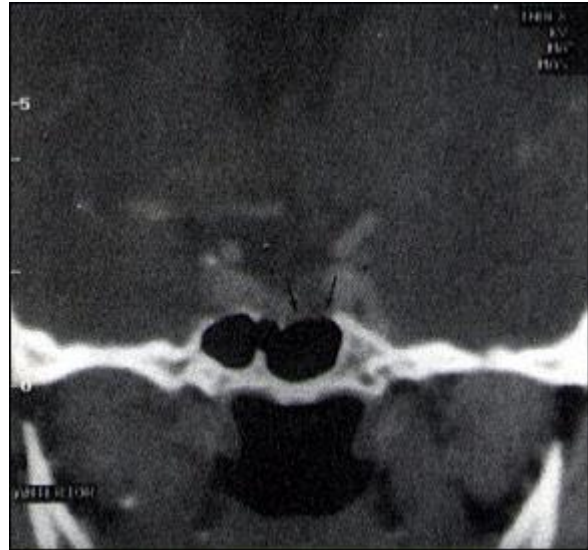


Figura 1b

### Caso2

Paciente de sexo masculino, de 55 años de edad, que consulta por cefalea frontal de 6 meses de evolución. Al examen físico destaca disminución del campo visual con los caracteres de una hemianopsia bitemporal. Dentro de sus exámenes al momento de la consulta destaca Rx lateral de cráneo (Figura 2a). Se solicita tomografía computada de silla turca (Figura 2b).



Figura 2a



Figura 2b



Vol. 26, No. 1, 1997 [ver índice]

## RESPUESTAS CASOS RADIOLOGICOS

Editor: Dr. Cristián García B.  
Profesor Adjunto  
Deptos. de Radiología y Pediatría  
PUC

Dr. Isidro Huete L.  
Profesor Adjunto  
Depto. de Radiología  
PUC

Dr. Oscar Contreras O  
Médico Residente  
Depto. de Radiología  
PUC

## Caso 1

### **Hallazgos radiológicos.**

La tomografía computada de silla turca (Figura 1a) muestra, en la región lateral izquierda de la hipófisis, un nódulo hipodenso, de aproximadamente 6 mm de diámetro (cabezas de flecha), con deformación convexa de la mitad izquierda de la superficie de la glándula, lo que se asocia a adelgazamiento localizado del piso selar (Figura 1b, flechas pequeñas) y es compatible con un microadenoma hipofisario. El tallo hipofisario está levemente desplazado hacia la derecha de la línea media.

### **Diagnóstico.**

Hallazgos compatibles con un microadenoma hipofisario, que considerando la ubicación y los antecedentes clínicos, corresponde probablemente a un prolactinoma.

## Caso 2

### **Hallazgos radiológicos.**

En la Rx lateral de cráneo (Figura 2a) se observa aumento en la superficie de la silla turca en forma asimétrica, lo que determina un doble contorno, con erosión del piso selar (cabezas de flecha). En la tomografía computada (Figura 2b) se observa un tumor hipofisario, heterogéneo (cabezas de flecha), con una zona central hipodensa, que puede corresponder a un área quística o de necrosis (flecha pequeña). Este tumor se extiende hacia la cisterna supraselar, la cual se encuentra obliterada y se asocia además a adelgazamiento y concavidad del piso de la silla turca a derecha

### **Diagnóstico.**

Los hallazgos descritos son compatibles con un macroadenoma hipofisario.

### **Discusión**

Dentro de los tumores intraselares, los adenomas hipofisarios son los más comunes (30 a 50%) y a su vez corresponden al 10% de todos los tumores cerebrales primarios en adultos.

Los microadenomas hipofisarios corresponden por definición, a lesiones menores de 1cm de diámetro. Son lesiones productivas de hormonas y se manifiestan clínicamente con algún tipo de endocrinopatía, dependiendo del factor hormonal hipersecretado. El tipo más común es el prolactinoma, que se localiza en la parte anterolateral de la glándula hipofisaria y se manifiesta por galactorrea y amenorrea, como ocurrió en la paciente del caso 1. Los macroadenomas hipofisarios son lesiones mayores de 1cm, generalmente no funcionantes y los síntomas se deben fundamentalmente a compresión del quiasma óptico y con menor

frecuente a hipopituitarismo o compromiso de nerviosos craneanos, si bien pueden ser asintomáticos. Generalmente son benignos y de lento crecimiento.

Ante la sospecha de un tumor hipofisiario, el estudio imagenológico incluye en la actualidad fundamentalmente la tomografía computada (TC) y la resonancia magnética (RM). La radiografía (Rx) de cráneo o localizada de silla turca es de menor rendimiento y muestra hallazgos indirectos, que no permiten una evaluación de la glándula hipofisiaria ni de las estructuras adyacentes. En el caso del microadenoma, la Rx es con mayor frecuencia normal y en el caso de los macroadenomas, puede observarse aumento de volumen selar, con erosión y adelgazamiento de sus contornos óseos, como se observó en el paciente del Caso 2.

La RM constituye hoy en día el procedimiento inicial de elección en el estudio de la patología selar, con ventajas tales como la posibilidad de efectuar cortes multiplanares, su excelente resolución y la ausencia de radiación ionizante. La TC, por otro lado, es un método diagnóstico en general de mayor disponibilidad, fundamentalmente por su menor costo y su mayor difusión entre las instituciones de salud.

En la TC los microadenomas hipofisarios aparecen como lesiones hipodensas con respecto a la glándula normal cuando se utiliza contraste, lo que puede no detectarse en los estudios no contrastados. Puede observarse también convexidad superior de la glándula y erosión o destrucción del piso selar. Los macroadenomas se observan como una masa isodensa selar o supraselar que puede adquirir una configuración en "8" debido a la constricción producida por el diafragma selar, con desplazamiento del quiasma óptico hacia superior. Son comunes las áreas quísticas, por necrosis y hemorragia.

En la RM los microadenomas se observan como lesiones hipointensas en las secuencias ponderadas en T1, que se refuerzan menos rápidamente que la glándula normal. Los macroadenomas se observan como una masa selar o supraselar heterogénea, que se refuerza intensamente con el uso de medio de contraste paramagnético.

### Referencias escogidas

1. Taveras, J. *Neuroradiology*, 1996, tercera edición. Williams, Wilkins, Penn., USA.
2. Lee, SH. *RM y TC craneal*, 1994. McGraw-Hill, USA.