



## PATOLOGÍA SELAR

*Dr. Ricardo Decillis \**

Dentro de los tumores endocraneanos, los tumores de la glándula hipofisiaria constituyen del 4 al 5 % del total. La mayoría de las veces adenomas cromófobos, siguiéndoles en orden de frecuencia los adenomas eosinófilos y los craneofaringiomas.

### **Sintomatología neurológica**

La cefalalgia se manifiesta cuando el proceso de expansión tumoral es muy avanzado. Por lo general es bitemporal y retroocular y se debe al aumento de presión intracraneana. Es casi siempre de aparición muy tardía, incluso puede faltar.

### **Sintomatología oftalmológica**

Es quizás la que lleva al enfermo a la consulta médica, por supuesto al oftalmólogo quien no debiera olvidarse de la existencia de esta entidad nosológica para evitar errores y demoras que suelen ser fatales para el enfermo y terminan con bastante frecuencia en la ceguera.

La presión sobre los nervios ópticos o el quiasma ocasiona atrofia óptica primaria, caracterizada por palidez progresiva de la papila. En el curso de su crecimiento hacia arriba el tumor comprime el borde anterior del quiasma, afectando en primer lugar las fibras ópticas que se cruzan a este nivel (fibras nasales), dando la típica hemianopsia bilateral heterónima. Comienza por cuadrantes temporales superiores y avanza hacia adentro y abajo hasta completar la hemianopsia.

Cuando el crecimiento tumoral avanza hacia atrás y comprime en primer lugar una cintilla óptica, da la hemianopsia homónima, de observación muy rara. Si afecta la parte posterior del nervio óptico da un cuadro parecido a la neuritis retrobulbar: escotoma central y atrofia papilar.

### **Sintomatología endócrina**

Es dependiente de la variedad histológica del tumor: eosinófilo, basófilo o cromóforo.

a.- *Adenoma eosinófilo*: da el llamado síndrome acromegálico, que es típico si el tumor aparece en el adulto. En cambio si el mismo se presenta en la época del crecimiento, se produce un desarrollo excesivo del paciente, es decir un cuadro de gigantismo.

Podemos consignar dentro del cuadro las modificaciones en piel y tejido celular subcutáneo, en el sistema óseo y en las vísceras, cuyo común denominador es la hipertrofia. Ésta aparece con



claridad en los huesos de la cara (malar y maxilar inferior) y en los segmentos distales, es decir en manos y pies. Esto origina intenso prognatismo con separación de los dientes entre sí y la referencia que hace el enfermo es que ha cambiado de calzado y/o guantes en los últimos años.

Dentro de las frecuentes alteraciones metabólicas, vemos hiperglucemia, glucosuria y aumento del metabolismo basal. Las funciones sexuales se encuentran alteradas presentando estos enfermos disminución o pérdida de la libido o frigidez.

b.- *Adenoma cromóforo*: sus síntomas consisten en grados variables de hipofunción hipofisaria, siendo casi siempre la primera manifestación una disminución de la actividad genital. En el hombre una franca disminución de la potencia y de la libido y en la mujer dismenorrea, que puede llegar a una amenorrea secundaria total.

Al mismo tiempo sobreviene obesidad discreta acompañada de disminución del metabolismo basal y aumento de la prueba de tolerancia a la glucosa. La piel se hace fina y pierde su elasticidad, hay caída del vello de las piernas y tronco en los hombres y del pelo de la cara. Puede observarse una ligera atrofia de los genitales externos.

c.- *Adenoma basófilo*: el síndrome de Cushing es la expresión clínica de estos adenomas. Así hallamos adiposis de cara y cuerpo, oscurecimiento de la piel, hipertensión arterial, osteoporosis con reblandecimiento del esqueleto y cifosis, cefalalgias y raquialgias. Como dependientes exclusivamente del síndrome de hipertensión endocraneana: exoftalmia, diplopía, edema de papila, disminución de la agudeza visual, síndrome hipotalámico (polifagia, polidipsia, poliuria).

Cabe mencionar especialmente un síntoma muy importante, la galactorrea, al cual no se le otorga la jerarquía que tiene como alarma en el diagnóstico precoz de esta patología tumoral y que se acompaña habitualmente de dismenorrea. Se presenta en aquellos adenomas de expansión extraselar, habitualmente inferior hacia seno esfenoidal con ruptura del piso de la silla turca, a veces sólo demostrables con tomografía selectiva y clínicamente sin alteraciones campimétricas.

### **Semiología radiológica**

Expansión globulosa de la silla turca, delgadez de sus paredes, destrucción total del dorso selar, destrucción de las apófisis clinoides, hundimiento del piso, propagación al seno esfenoidal.

### **Conducta a seguir**

- 1.- Historia clínica
- 2.- Radiología simple



3.- Estudios radiológicos especializados: cisternoneumoencefalografía, tomografía de la silla turca, angiograma carotídeo bilateral.

4.- Estudio endocrinológico

5.- Estudio campimétrico: con pantalla de Bjerrum o con el sistema de índices luminosos de Tübinger.

Con el Tübinger es factible encontrar hemianopsias en cuadrante, agrandamiento de la mancha ciega, escotoma hemianópsico paracentral temporal.

Se encuentra con mucho más frecuencia en los períodos evolutivos más avanzados, la hemianopsia asimétrica que la hemianopsia bitemporal simétrica. Es por ello que llegan a la consulta enfermos con gran compromiso campimétrico o en amaurosis unilateral, debido a esa expansión asimétrica del tumor.

### **Enfoque neuroquirúrgico**

Desde este punto de vista y considerando su evolución topográfica se puede considerar las siguientes formas:

1.- *Cerrada*: con sintomatología visual, endócrina o mixta, siendo estas dos últimas las más frecuentes.

2.- *Expansiva retroquiasmática*: los signos y síntomas oftalmológicos son atípicos y asimétricos; pueden faltar. Lo frecuente es encontrar un síndrome hipotalámico completo o frustrado, como también el cuadro psiquiátrico: psicosis confuso-oníricas y Síndrome de Korsakoff. Es raro, pero en casos muy avanzados pueden verse signos de piramidalismo y compromiso de algunos pares craneanos.

3.- *Expansiva prequiasmática*: se combina casi siempre con lobulaciones retroquiasmáticas, siendo la más frecuente. La variedad de las alteraciones depende de ciertas pautas anatómicas que debemos tener en cuenta: longitud de los nervios ópticos (2,5 a 17 mm.), distancia entre el borde anterior del quiasma y tubérculo selar (2,4 a 10,7 mm.) y el espacio retroquiasmático.

Los síntomas son oftalmológicos y endocrinológicos con evolución mixta, bilateral y asimétrica. En casos excepcionales puede adquirir un gran crecimiento subfrontal similar a un meningioma preselar o a uno olfatorio. Es frecuente el crecimiento interóptico y la compresión de los nervios ópticos con desplazamiento del sifón carotídeo.

4.- *Expansiva inferior*: es una forma de tórpida evolución ya que su crecimiento es hacia el seno esfenoidal; aquí cobra especial importancia la tomografía de la silla turca. Cuando aparecen los síntomas clínicos, epistaxis y fístula de LCR, ya ha invadido cavidad nasal.

5.- *Expansiva lateral*: es muy poco frecuente. Su expresión puede ser neuralgia, paresia óculomotora del VIº par, síndrome del seno cavernoso u oftalmoplejía unilateral completa.



6.- *Expansiva temporal*: clínicamente puede manifestarse por crisis de estirpe comicial, disfasias, cuadrantopsia superior.

7.- *Expansiva intraventricular*: el diagnóstico es difícil ya que simulan el cuadro típico de los tumores del III<sup>o</sup> ventrículo, con o sin bloqueo de los agujeros de Monro. Los casos registrados en la bibliografía en nuestro país se refieren esta forma como expresión de un craneofaringioma en el adulto.

### **Sintomatología psiquiátrica**

En muchos casos el cuadro psiquiátrico inicia o acompaña a esta entidad nosológica, además varía de acuerdo a la forma expansiva del tumor. En la forma habitual de comienzo de los adenomas del adulto, los pacientes suelen presentar síntomas psicológicos reactivos por la inhibición de la función sexual, ya que al progresivo deterioro de la libido se agrega un cuadro depresivo intenso, con un gran contenido de angustia a veces seguido de verdaderos delirios interpretativos celotípicos. Esto se acompaña de una asociación de apatía e irritabilidad, con reacciones explosivas.

La argumentación racionalizada de esta impotencia sexual y de un verdadero cambio de carácter es acompañada muchas veces de cefaleas seudomigrañosas frontotemporales, haciendo aparecer a estos pacientes como verdaderos neuróticos endógenos. Por ello en algunos casos se retrasa el diagnóstico precoz, sobre todo en las mujeres donde la frigidez o una amenorrea no confesada por la paciente, no siempre es investigada como presunta patología sejar.

En los tumores de desarrollo prequiasmático se observan cuadros de frontalización: apatía, desorientación, alo y auto psíquica, trastornos de la esfera intelectual. Puerilidad y una falta de jerarquización del propio padecimiento. Rara vez se presentan trastornos éticos de la conducta social como exhibicionismo, masturbación compulsiva y moria.

Cuando el tumor ocasiona compresión hipotalámica y obstrucción del Monro, podemos encontrar estados confusionales graves y verdaderas psicosis alucinatorias acompañando a ese síndrome de hipertensión endocraneana.

En casos de expansión lateral pueden producirse crisis de epilepsia temporal, con fenómeno de lo ya visto, agresividad, fuga y alucinaciones sensorceptivas visuales y auditivas.

En algunos jóvenes portadores de craneofaringiomas, se observó el desinterés por el sexo opuesto, obesidad, polifagia e hipersomnía y ello sumado a un hipogenitalismo con distribución femenina de la grasa corporal, los hacían pasibles de la burla y agresión de sus compañeros; por lo que primitivamente algunos de ellos fueron llevados a la consulta psiquiátrica y en todos los casos se interpretó el cua-



dro como "niños portadores de una neurosis de angustia con gran ansiedad oral, por madres sobreprotectoras".

## Referencias bibliográficas

- 1.- Tolosa Colomer: *Tumores cerebrales*, IV, Cap. X, pág. 206. Patología y Clínica Médica. A. Pedro Pons, 1952, Barcelona, España.
- 2.- J. Solé Llenas, A. Wackenheim y G. Lombardi: *Principios Generales de Diagnóstico Neumográfico de los Procesos Expansivos Intracraneales*. Cap. VIII, pág. 224. Diagnóstico neurorradiológico, J. Solé Llenas y A. Wackenheim, 1967, Barcelona, España.
- 3.- Amezúa, L. y Basso, A.: *Aspectos Clínico- quirúrgicos de los tumores selares y periselares*. IIº Congreso Argentino de Neurología, Mar del Plata, República Argentina, 1970.
- 4.- Bodechtel, G.: *Tumores de la base del cerebro y de la región quiasmática*. Cap. III, pág. 630. Diagnóstico diferencial de las enfermedades neurológicas, G. Bodechtel, 1967, Madrid, España.

---

---

### \* NOTA:

Este artículo data del año 1976 y fue publicado en el nro. 15 de la Revista del Hospital General de Agudos "José M. Penna", editada por el Comité de Docencia e Investigación del mismo.

Se destaca –para la época en que fue presentado- su valor semiológico ante la falta de los recursos tecnológicos sofisticados que hoy poseemos, como la Tomografía axial Computarizada o la Resonancia Magnética, y con los cuales se produjo un avance notable en la precisión diagnóstica y se dejaron de lado los métodos cruentos a que eran sometidos los pacientes. De todas maneras debemos rescatar los éxitos diagnósticos, a pesar de esas carencias, y la práctica –desde 1971- de la cirugía transeptoefenoidal para la exéresis de los tumores de hipófisis que se realizaba en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Oftalmológico Santa Lucía de Buenos Aires.

Dicha técnica promovió un claro avance para el tratamiento de esos tumores, evitando las craniectomías que se practicaban antes de ella, con el consiguiente sustancial mejoramiento y acortamiento de los tiempos postquirúrgicos de nuestros pacientes y su calidad de vida.