

CC006

PARÁLISIS DEL TERCER PAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE METÁSTASIS HIPOFISARIA DE UN CÁNCER DESCONOCIDO

CUY CRUZ, Robert1; DONOSO, Marina1; RODRÍGUEZ, Patricia2; SALA, Josefina3; ALFIERI, Analía1.

Servicio de Endocrinología y Metabolismo1, Servicio de Bioquímica2, Servicio de Anatomía Patológica3. Hospital Nacional Prof. A. Posadas. Buenos Aires. Argentina

Introducción

En el 5% de los pacientes oncológicos se detectan metástasis hipofisarias de un tumor primario, que por orden de frecuencia son mama, pulmón, colon, melanoma, próstata y linfomas. Sólo el 7% son sintomáticas. Las complicaciones neurológicas y/o alteraciones hormonales pueden ser la primera manifestación de un cáncer oculto que plantean dificultades en la diferenciación con los adenomas hipofisarios.

Caso Clínico:

Paciente de sexo masculino de 55 años, tabaquista. Seis meses previos al ingreso consulta en otro centro por cefalea fronto-orbitaria izquierda intermitente de intensidad moderada y disfunción sexual de un año de evolución. RMN 29-6-15: Aumento del tamaño de la hipófisis con abombamiento del techo y pequeña imagen hipointensa con la administración de contraste compatible con microadenoma. Laboratorio: prolactina 50 ng/ml- TSH 1.87 uUI/ml- T4L 0.64 ng/dl. Interpretado como prolactinoma se indica cabergolina 0.5mg/sem.

El 27-1-16 ingresa a nuestro hospital por cefalea intensa, diplopía y ptosis palpebral izquierda de una semana de evolución. Al examen físico se constata hemianopsia temporal izquierda, TA 120/70, sin otros hallazgos patológicos.

Laboratorio 29/1/16 :TSH 1.14 uUI/ml (0.4-4.0),T4 2.8 ug/dl (5.4-11),T4L 0.36 ng/dl (0.7-1.24), ATPO 0.3 U (hasta 9), FSH 1.8 uUI/ml (1.27-8.62), LH 0.11 uUI/ml (1.24-8.62), To total <0.2 ng/ml, cortisol 1.1 mg/dl (5-22), PRL 0.15 ng/ml (hasta15), GH 0.27ng/ml (0.014-5.22), glucemia 0.74 ng/ml, Na 140 meq/l, K 3.4 meq/l. Rx de tórax no evaluable por mala técnica. Inicia tratamiento sustitutivo con hidrocortisona y levotiroxina. RMN 27-1-16: Proceso expansivo selar y supraselar de 28 mm que podría corresponder a un meningioma no pudiendo descartar macroadenoma hipofisario. El 3-2-2016 se decide conducta quirúrgica TSE descompresiva con toma de biopsia. Intercurre con diabetes insípida postquirúrgica y se inicia tratamiento con desmopresina. Anatomía patológica: metástasis de adenocarcinoma papilar compatible con primario pulmonar por IHQ: TTF-1, CAM 5.2 (CK 8-18) CEA Y CK 7 positivo. GFAP y CK20 negativas. Ante este resultado se solicita TAC de Tórax: nódulo de bordes especulados de 2 cm en lóbulo superior derecho que podría corresponder a lesión primaria, pequeños ganglios cervicales bilaterales y mediastinales perivasculares. Con buena evolución clínica se da alta hospitalaria con seguimiento por endocrinología y oncología en plan de realizar radioterapia selar y quimioterapia sistémica.

Conclusión:

Comunicamos este caso por la forma infrecuente de presentación de una metástasis hipofisaria de un cáncer desconocido. La parálisis del tercer par, primera manifestación en nuestro paciente, es en orden de frecuencia la cuarta luego de la diabetes insípida, la alteración del campo visual y las deficiencias hormonales. El cáncer de pulmón es la neoplasia que presenta más usualmente metástasis hipofisarias (23.7%) en el varón. En la evaluación inicial nuestro paciente no presentaba signos o síntomas de neoplasia pulmonar alejando el diagnóstico presuntivo de secundarismo. El tratamiento es paliativo y el pronóstico depende del tipo tumoral primario, de otras localizaciones metastásicas y de la edad del paciente.

Bibliografía

Metástasis hipofisarias como primera manifestación de cáncer orgánico. Dificultades diagnósticas Maíllo A. y col. Neurocirugía 1997; 8:316-320.

Diplopia and left palpebral ptosis as a first manifestation of hypophysary metastases of pulmonary adenocarcinoma. Junquera S. y col. An Sist Sanit. Navar. 2012; 35(1):167-171.

Tumors Metastatic to the Pituitary Gland: Case report and Literature Review. Komninos J et al. J Endocrinol Metab, 2004, 89(2): 574-580.