

LOS TUMORES ENDOCRANEANOS

Informe sobre un caso de Tumor Hipofisario

Por el Dr. Armando BARDALES

La sintomatología propia de los tumores endocraneanos suele presentarse de manera insidiosa y experimentando una paulatina acentuación. No obstante, en ciertos casos la iniciación clínica es brusca como en los procesos de origen infeccioso o aún como en los de etiología vascular.

También debe tenerse en cuenta para el diagnóstico y localización del tumor, la conveniencia de considerar la sucesión, de los síntomas en el tiempo y en el espacio, la suma progresiva de los elementos patológicos y su acentuación o modificación. De aquí se deduce la importancia que tiene la anamnesis, y por lo tal debe ser metódica y prolija como el "estado actual," por lo que el médico debe utilizarla con interés y buen criterio.

Los datos positivos que suministra la anamnesis, aislados o integrando un grupo sindromático, pueden establecer la sospecha en la existencia de un tumor y orientar el examen en esta dirección (fondo de ojo, campo y agudeza visual, examen neurológico, radiografías del cráneo, etc., etc.), para confirmar o descartar su presencia.

Les siguientes síntomas pueden hacernos pensar en un tumor endocraneano:

- a).—La cefalalgia difusa o localizada.
- b).—La hipersomnias..
- c).—Los accesos de pérdida pasajera del conocimiento, las lipotimias.
- ch).—La amenorrea.
- d).—Las parálisis de los pares craneanos.
- e). —La neuralgia del trigémino.
- f).—La disminución progresiva de la audición, sin francos antecedentes ópticos, y aún con éstos.
- g).—La disminución progresiva de la visión y los accesos de ambliopía o amaurosis transitorias.
- h). —La epilepsia que se presenta en la juventud o en la edad adulta, aún cuando los accesos, por el aspecto, evolución y frecuencia, recuerdan a la epilepsia esencial.
- i). —La epilepsia jacksoniana.
- j). —Las paresias o parálisis que se extienden progresivamente, afectando poco a poco territorios vecinos, convirtiéndose de mono en hemiparesias.
- k).—Las hemiparesias de evolución progresiva, que aparecen sin pérdida del conocimiento y se acentúan con mayor o menor rapidez.
- l). —Las hemi o monoparesias consecutivas a un acceso de epilepsia jacksoniana.

- II). —Las mono o hemianestias, las hemialgias, las apraxias,
 m). —Las mono o hemiparestias permanentes o paroxísticas.
 n). —Los trastornos de equilibrio o de la coordinación de los movimientos.
 o). —La afasia que se inicia sin pérdida del conocimiento y aumenta paulatinamente.
 p). —Los vómitos que no corresponden a una evidente enfermedad del aparato digestivo.
 q). —**Los** trastornos mentales que evolucionan progresivamente, estados confusionales o demenciales.
 r). —Ciertos trastornos endocrinos o neuro-endócrinos (acromegalia, gigantismo, diabetes insípida, síndrome adiposo-genital).

La constatación de cualquiera de los síntomas enumerados, aislados o asociados, debe de inducir la idea de posible tumor endocrino, aunque existen otros síntomas menos importantes y de rara observación.

Por último, debemos que estos tumores se observan en todas las edades, especialmente en la infancia y edad media de la vida. El caso específico que motiva estas líneas, ofrece una serie de caracteres que, analizados, nos han movido a formular el diagnóstico de: ADENOMA DE LA HIPÓFISIS (Tipo cromóforo). Conste, que al ingresar la paciente al servicio de Neuro-Psiquiatría del Hospital General "San Felipe," por los síntomas que se observaren al principio, nos hizo pensar en una enfermedad **distinta** a la del diagnóstico final.

El caso se describe así: G. R., de 24 años de edad, soltera, de oficios domésticos, católica, vecina del barrio Morazán (Tegucigalpa, D. C), ingresa al servicio de Neuro-Psiquiatría del Hospital General "San Felipe" el día 26 de julio de 1948, a curarse, según su propio decir, de: "vómitos **alimenticios** y de un vómito de sangre que tuvo hace siete días."

HISTORIA FAMILIAR

Su padre vive y es sano; su madre **murió**, según su afirmación: de dolor de costado (pneumonía).

Tiene tres hijos, de los cuales dos han fallecido de probable gastroenteritis; el que vive es sano.

HISTORIA PERSONAL

Nació a término, en parto normal. **Desarrollo** normal. En su infancia padeció de fiebres indeterminadas. No asistió a la escuela ni sabe leer y escribir. Su primer hijo lo tuvo a los 17 años. Niega historia venérea y luética.

Es católica y cree en todos los santos. No tiene intereses culturales. Ha trabajado siempre como sirvienta con remuneración de cinco lempiras mensuales. Hace tres meses estuvo interna en el

Servicio de Medicina de Mujeres del Hospital General "San Felipe," curándose de paludismo y de hinchazón en la boca del estómago y del bazo. Menarquia a los 15 años, tipo 3/28, indolora, abundante, regular. Hace cuatro meses, amenorrea.

Ha sido sana y mentalmente equilibrada. Se presenta ordenadamente en sus vestidos, con humildad, y no se observan fluctuaciones emocionales.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL Y CURSO EN EL HOSPITAL

Esta enferma llega accidentalmente al servicio de Neuro-Psiquiatría (que admite personas indigentes), debido a encontrarse llena la sala de Medicina de Mujeres del Hospital, a donde pensaban internarla los practicantes de turno del día 26 de julio de 1948, por Los vómitos alimenticios y la hematemesis que tuvo siete días antes dicha paciente.

En nuestro servicio se hizo una breve historia mas en referencia a gastro-intestinal y se hizo también una exploración física. La paciente dio datos de un episodio palúdico de tres meses antes, de debilidad consecutiva prolongada hasta el momento del ingreso y vómitos alimenticios y sanguíneos una semana antes del mismo.

Un episodio de éstos se presentó el primer día de su permanencia, a las 7 a. m. Al principio vomitó solamente alimentos, después sangre casi **pura** y luego mezclada con alimentos. Todo esto sin dolor abdominal ni torácico. A las 24 horas de este cuadro se queja la enferma de ardor en la faringe y de dolor de cabeza.

Los datos de exploración-física y mental fueron los siguientes :

Su apariencia es normal, de desarrollo completo. Nutrición mala. Actitud del cuerpo, indiferente.

Ojos: presenta un estrabismo interno del ojo izquierdo, desde hace 14 años, por parálisis del motor ocular externo.

Nariz: normal.

Oídos: normales.

Aparato digestivo: labios pálidos, lengua limpia. Piezas dentarias, todas cariadas. Amígdalas normales. Faringe normal. Abdomen depresible, no se observan irregularidades ni masas anormales.

Bazo: palpable y percutible.

Hígado: normal.

Aparato respiratorio: vibraciones vocales aumentadas en el vértice izquierdo. Submacicez en los vértices. Estertores finos inspiratorios en el vértice izquierdo y región sub-clavicular derecha.

Aparato cardio-vascular: corazón, late en el quinto espacio intercostal izquierdo, un poco por fuera de la línea mamilar. Ruidos cardíacos normales. Pulso, 75 pulsaciones por minuto, lleno, rítmico y regular. Tensión arterial: Mx. 125 mm. de Hg. Mn. 73 mm. de Hg.

Aparato uro-genital: normal.

Sistema ganglionar: normal.

Examen mental: la enferma se presenta ordenadamente, triste, cogiéndose la cabeza con una mano. Contesta todas las preguntas que se le hacen; muestra obediencia a los actos que se le ordenan. Su elocución es fácil y sin vacilaciones. La memoria es normal para los hechos lejanos y próximos. Sus manifestaciones afectivas son normales.

Cálculo: d-ce la enferma que no sabe ninguna de las operaciones aritméticas; pero suma: $2 \times 3 = 6$, $10 - 5 = 5$, $50 + 50$, no pudo.

En vista de este cuadro se puso a la enferma en reposo, indicando dieta láctea, bolsa de hielo en la región epigástrica, e inyecciones de vitamina K y morfina.

Se envió la enferma al departamento de Radiología para comprobar patología pulmonar y gástrica. Ambas fueron negativas, así: Radiografía pulmonar: Campos pulmonares libres. Calcificación de los ganglios tráqueo-bronquiales (30-VII-48). Fluoroscopia gástrica: Estómago y duodeno de tamaño, forma, posición, inutilidad y movilidad, normal (12-VIII-48).

Pero debido a que su cefalalgia persiste, nos guía a la exploración hacia el sistema nervioso. Fue hasta entonces que dio datos orientadores, diciendo que de dos meses antes comenzó a tener dolor de cabeza sordo, localizado en la región frontal. El dolor de cabeza ha sido últimamente continuo; y en la actualidad se le ha localizado en la región occipital. A veces dicho dolor va acompañado de vómitos alimenticios y, además, cuenta que hace siete días tuvo un vómito de sangre. Relata también que desde hace cuatro meses no ha tenido menstruación y que hace poco no puede dormir.

La exploración neurológica dio los siguientes datos:

I Par: normal. II Par: Hemorragias retinianas múltiples, edema papilar más acentuado en el ojo izquierdo. III Par: pupilas normales; no hay Argyll Robertson; no hay hemianopsia. Reacción a la luz y a la acomodación, normales. IV Par: normal. VI Par: Parálisis del izquierdo. V, VII, VIII, IX, X, XI y XII, normales.

Inspección: no hay atrofas ni hipertrofas musculares. No se observan trastornos tróficos.

Palpación: Masas musculares y trayectos nerviosos, normales. Tono muscular, normal.

Motilidad Activa: normal.

Motilidad Pasiva: normal.

Fuerza muscular: normal.

Reflejos Tendinosos: normales.

Reflejos Cutáneos: abolidos los abdominales y el plantar.

Sensibilidad Superficial (táctil, térmica y dolorosa), normales.

Sensibilidad Profunda: normal.

Coordinación Muscular: normal.

Estación de pie y marcha: normal.

Equivocada la colocación de los siguientes fotograbados, se advierte a los lectores que el de abajo es el primero a que se refiere el Informe del Dr. Bardales, y el de arriba, al segundo.



Punción Lumbar en posición horizontal, dio 15 mm. de Hg., sube y baja libremente después de la comprensión abdominal y yugular izquierda y derecha.

Líquido Céfaloraquídeo: Reacción de Kahn=0.

Radiografía del cráneo: Destrucción completa de la silla turca. Impresión: Tumor Intracraneal.

RESUMEN Y DIAGNOSTICO

En resumen, se trata de una enferma que ingresó como indigente, mientras se conseguía cama en el servicio de Medicina de Mujeres y. que llamó la atención en un principio por su hematemesis y vómitos alimenticios y por una **historia** reciente de paludismo, seguida de debilidad general y cefalalgia, que en primera impresión se consideraron como secuelas de la malaria,

El curso en el Hospital y las subsiguientes exploraciones hicieron pensar en una lesión intracraneal caracterizada por las siguientes manifestaciones: cefalalgia constante con agudizaciones diarias, vómitos alimenticios y sanguíneos, amenorrea con cuatro meses de duración, debilidad general, hemorragias retinianas, edema papilar mas acentuado en el ojo izquierdo, moderada hipertensión manométrica raquídea e imagen radiográfica craneal de ensanchamiento y destrucción de la silla turca.

En la radiografía, corno puede observarse en la foto adjunta se nota que el **ensanchamiento** y destrucción de la silla turca son bastantes considerables, haciendo pensar en un tumor de mucha extensión que de seguro se inició mucho tiempo antes y que apenas se hizo notorio hace dos meses, al iniciarse la cefalalgia de la paciente.

Posteriormente, cuando la paciente estaba en tratamiento con Rayos X, se presentaron convulsiones de gran mal.

En general, los tumores hipofisarios dan una escasa sintomatología de principio.

Puede tratarse de adenomas eosinofílicos (los basófilos son una curiosidad patológica), y cromófogos. Produciendo en cada caso dos síndromes diferentes según el tipo patológico.

Los eosinofílicos dan un síndrome de **hiperpituitarismo** o acromegálico, el cual es de todos conocido. Los cambios esqueléticos se verifican lentamente, tomando a veces varios años; hay cefalalgias asociadas bitemporales y frontales, vienen después variaciones de la potencia sexual, que principian con disminución de la libado y termina en la impotencia. En la mujer hay irregularidad menstrual y después esterilidad.

Después vienen los trastornos de la visión, disimulados también, notorios sólo en los campos temporales o corno molestias visuales que no puede precisar; hay cansancio y falta de atención. En los casos viejos el crecimiento corporal cesa, el vello corporal se cae, el metabolismo basal ya no está aumentado, y al final el hiperpituitarismo se transforma en hipopituitarismo.

El hipopituitarismo de principio es provocado por el adenoma cromófogo (no hay seguridad que se deba a la lesión hipo-

fisario o a síntomas de vecindad por enfermedad del hipotálamo). En la mujer principia con amenorrea y esterilidad; en el hombre por cansancio y malestar general y después debilitamiento y pérdida del deseo sexual. En ambos sexos hay cefalalgias bitemporales y frontal. Pueden haber otros síntomas de hipertensión intracraneal, como vómitos.

En el caso nuestro hubo, además de los vómitos alimenticios, hematemesis cuya explicación exacta no acertamos sugerir, mas que puede pensarse en una hemorragia compensatoria (amenorrea de cuatro meses), ayudada por los esfuerzos de los vómitos alimenticios y por el estado discrásico provocado por el paludismo.

Hay caída del cabello y del pelo pubiano y axilar; sequedad de la piel y arrugamiento de la misma. Puede haber un pequeño edema generalizado y aumento de la grasa subcutánea; el metabolismo basal está disminuido.

En los adultos mayores puede darse un síndrome igual al de las lesiones destructivas de la hipófisis como en la enfermedad de Simmon's. Los signos de vecindad derivan de la compresión del quiasma óptico, y si el tumor es mayor, de la de los lóbulos temporales. A veces, la silla turca está embombada y el tumor se extiende a los senos esfenoidales y hasta a la nariz.

El diagnóstico diferencial con les aneurismas intraselares, es casi imposible a menos de una ruptura aneurismática. Otros problemas de diagnóstico los dan los craneofaringiomas del quiasma óptico. Los primeros son mas frecuentes en los niños, muy raros en los adultos; cuando existen en éstos, los mayores signos se derivan de la compresión quiasmática; faltan muchas veces Los signos de hipertensión intracraneal. Los gliomas del quiasma óptico también mas frecuentes en los niños, provocan una erosión de las clinoides anteriores y dilatación de los agujeros ópticos, que pueden demostrarse en la radiografía.

En el tratamiento del caso a que nos referimos, hicimos primero radioterapia, pensando en las posibilidades quirúrgicas futuras.

Después de terminadas sus aplicaciones de Rayos X, se le toma a dicha paciente una nueva radiografía del cráneo y nos dice el radiólogo que no ha habido cambio notable. Parece, sin embargo, insinuarse un principio de calcificación de la silla turca (15-X-48).

Después de la radioterapia, los síntomas de hipertensión intracraneal mejoraron, saliendo la enferma del servicio el día 15 de octubre de 1948, con recomendación de regresé dentro de tres meses, para control. <O>

BIBLIOGRAFÍA

El Práctico y los tumores endocraneanos, Dr. José Pereyra Kafer (23-XI-36). Neurology, R. Grinker.