



## Reporte de Caso

### Adenoma hipofisario y psicosis: a propósito de un caso

#### Pituitary adenoma and psychosis: a case report

Conchita del P. Asenjo-Pérez, Mg.<sup>1</sup>, Lisbe Ramírez-Marchena, Mg.<sup>2</sup>, Erika D. Avalos-Mendocilla<sup>3</sup>, Lourdes E. Moreno- Vergara<sup>4</sup>

1. Médico – Psiquiatra egresada de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Docente de la Universidad Nacional de Trujillo, Hospital Regional Docente de Trujillo. La Libertad, Perú. 2. Médico – Psiquiatra egresada de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Docente de la Universidad Nacional de Trujillo, Hospital Regional Docente de Trujillo. La Libertad, Perú. 3. Médico Residente 3 de Psiquiatría, Universidad Nacional de Trujillo, Hospital Regional Docente de Trujillo. La Libertad, Perú. 4. Médico Residente 2 de Psiquiatría, Universidad Privada Antenor Orrego, Hospital Regional Docente de Trujillo. La Libertad, Perú.

Citar como: Asenjo-Pérez CP, Ramírez-Marchena L, Avalos-Mendocilla ED, Moreno-Vergara LE. Adenoma hipofisario y psicosis: a propósito de un caso. Rev méd Trujillo 2017;12(2):87-90

Correspondencia: Erika D. Avalos  
-Mendocilla .

Erika\_dam19@hotmail.com

#### RESUMEN:

Los adenomas hipofisarios son tumores benignos de lento crecimiento que se originan en las células que forman parte de la glándula hipófisis. Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de psicosis orgánica asociado a macroadenoma hipofisario. En nuestro país no se encuentran reportes previos de casos iguales. Se revisa la literatura pertinente a este tipo de tumor cerebral que no sólo causa alteraciones neurológicas, sino también alteraciones psiquiátricas.

#### SUMMARY

Pituitary adenomas are slow growing benign tumors that originate in the cells that are part of the pituitary gland. We report the case of a patient with a diagnosis of organic psychosis associated with a pituitary macroadenoma. In our country there are not previous reports of equal cases. We review the relevant literature to this type of brain tumor that not only causes neurological changes, but also psychiatric disorders.

## INTRODUCCIÓN:

Los tumores hipofisarios son un conjunto de lesiones que ocupan la silla turca, siendo el adenoma hipofisario la lesión más frecuente. Múltiples estudios han demostrado que los tumores hipofisarios corresponden a proliferaciones monoclonales de una célula única que prolifera en forma descontrolada, posterior a lo cual factores promotores entre los que destacan las hormonas hipotalámicas, factores de crecimiento local y alteraciones en los mecanismos de feed back, cooperan en la expansión clonal.<sup>1</sup>

Los adenomas hipofisarios clínicamente no funcionantes son los macroadenomas más frecuentes en adultos.<sup>1</sup> Se caracterizan por acompañarse de hipersecreción hormonal detectable en el plasma y se expresan clínicamente debido al efecto de masa del tumor. La cefalea ocurre en más del 40 % de pacientes y es debida al aumento de presión intracraneal o la distensión de la duramadre. En la mayoría de pacientes existe además hipopituitarismo por compresión de la hipófisis sana, que puede producir síntomas psiquiátricos debido a alteraciones hormonales.<sup>2</sup>

Trastornos mentales más frecuentemente relacionados: Delirio (ideas de contenido paranoide y/ o alucinaciones) poco frecuente, demencia, trastorno psicótico, trastorno del estado del ánimo (el más frecuente con síntomas depresivos) y trastornos sexuales.<sup>3,4</sup>

Las publicaciones de asociación de adenomas hipofisarios y síntomas psiquiátricos no son frecuentes.<sup>5,6</sup> Reportaremos un caso recibido desde la emergencia hasta el diagnóstico de adenoma hipofisario con manifestaciones psiquiátricas en la edad adulta con evolución clínica favorable.

## CASO CLÍNICO:

Varón de 31 años, soltero, con grado de instrucción secundaria completa, natural y

procedente de Trujillo, quien no presenta alteraciones en el desarrollo. Su personalidad previa era sociable, alegre, amigüero.

Ingresa al servicio de hospitalización de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo por ideación suicida; tiene un tiempo de enfermedad de 5 años, con forma de inicio insidioso y curso progresivo. Paciente inicia con episodios de tristeza, no tenía ánimos para ir a trabajar, ideación tanática asociada a que escuchaba una voz que le repetía "ella no te quiere", "cuida a tus hijas", "si no puedes sabes cuál es la solución".

Hace 4 años descuida su ambiente laboral, no tenía ánimos de trabajar; además presenta hiperfagia, hipersomnias, cefalea y alucinaciones auditivas ocasionales. Hace 2 años madre refiere que mantuvo esta conducta asociada a que no realiza labores de autocuidado.

Hace 1 año: persistía con misma conducta, se torna pueril, dependiente de otras personas para realizar actividades diarias. Por persistencia sintomática y aumentar las ideaciones suicidas deciden traerlo a emergencia.

Al examen físico lo positivo fue: Peso: 125 kg Talla: 1.72 m IMC: 42.2Kg/m<sup>2</sup>; ginecomastia, galactorrea, micropene.

Examen mental: Paciente en aparente regular estado general, mal estado nutricional, con vestimenta e higiene adecuadas, colaborador con la entrevista, fija la mirada en el entrevistador, despierto, vigil, orientado en tiempo, espacio y persona, con conducta pueril; hipoprosexia, hipoamnesia de fijación, memoria de evocación conservada, alucinaciones auditivas evidenciadas en la entrevista. Lenguaje: claro, tono de voz audible, enlentecido. Pensamiento: cumple finalidad en la expresión, coherente, bradipsíquico, con ideación tanática estructurada, moderada capacidad de abstracción; labilidad emocional (tendencia al llanto); hipoabulia, pobre control

de impulsos, hipersomnolia e hiperfagia, sin conciencia de enfermedad.

Tratamiento en el servicio de hospitalización de psiquiatría: Recibió quetiapina 150mg/día y valproato 1500mg/día. Debido a persistencia de somnolencia, bradipsiquia, aumento de la latencia en la respuesta y presentar obesidad mórbida se solicita, 4 semanas después, dosaje de hormonas tiroideas, para descartar Hipotiroidismo primario, encontrándose los siguientes resultados: T4: 0,62 (VN: 0.70 - 1.48), TSH: 0.993 (VN: 0.35 - 4.94).

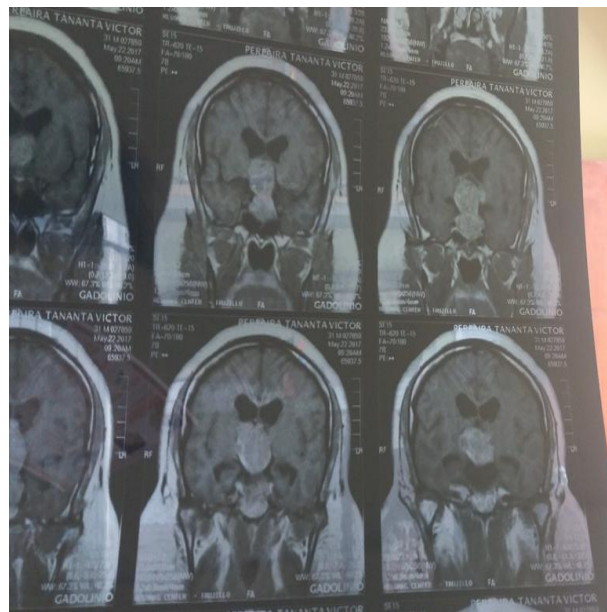


Figura 1: Resonancia Magnética: Masa ocupante de espacio polilobulada "en ocho", bien delimitada, extra axial, ubicada a nivel selar con extensión supraselar. Masa presenta diámetros máximos 3.79 cm en sentido Ap x 3.88 cm en sentido T x 5.56 cm en sentido Cc.

Luego de recibir el resultado de la Resonancia Magnética, se envía interconsulta al servicio de Neurocirugía quienes sugieren iniciar Bromocriptina 5 mg: ½ tab c/12 horas. Una semana después se le indica el alta para ser transferido a Lima para manejo definitivo.

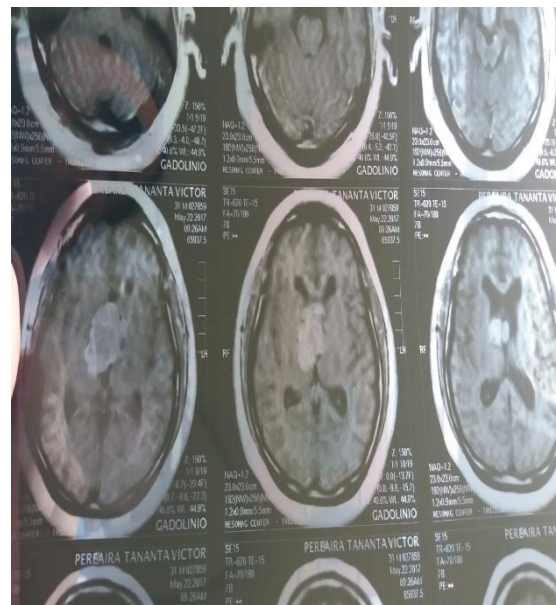
## DISCUSIÓN

Un adenoma de la pituitaria es un tumor secretor de prolactina y está clasificado en base a su tamaño como un microprolactinoma (menor de 10 mm de diámetro) o un macroprolactinoma (mayor a 10 mm de diámetro), en el caso visto se

Se realizó interconsulta a Medicina Interna para evaluación y solicita dosaje de prolactina y RMN, mientras continuaba el tratamiento antipsicótico indicado.

Exámenes complementarios: prolactina: 469 ng/ml.

Resonancia Magnética: Efecto de masa extra axial compatible con macroadenoma hipofisario ubicado a nivel selar- supraselar.



trataría de un macroprolactinoma. Alrededor del 60 % de pacientes masculinos con prolactinoma tienen macroprolactinomas, esto es probablemente debido a que el síntoma de presentación para pacientes masculinos es típicamente hipogonadismo.<sup>4</sup>

Desde el punto de vista epidemiológico, en las últimas décadas se ha observado un aumento de la prevalencia de estas lesiones, por la facilidad que brindan para el diagnóstico los estudios con imágenes, especialmente la Resonancia Nuclear Magnética (RM) y el consecuente diagnóstico de lesiones en estadio subclínico. Dado que menos

del 3% de los pacientes psiquiátricos institucionalizados tienen tumores intracraneales, lo que ha originado debates clínicos entre psiquiatras y neurólogos acerca de si todos los pacientes con síntomas psiquiátricos de nueva aparición deben ser sometidos a la neuroimagen de rutina <sup>5</sup>; es por eso que luego de 4 semanas de hospitalización y debido a persistir sintomatología se decide pedir una resonancia magnética por sugerencia del médico internista, encontrándose un masa extra axial con efecto de masa compatible con macroadenoma hipofisario ubicada a nivel selar- supraselar.

En un estudio informaron que los síntomas psicóticos en pacientes con tumores cerebrales son del 22% y los síntomas del humor son de 36%. En estos casos los síntomas psicóticos se relacionan por la localización de estos tumores en la glándula pituitaria o hipófisis. <sup>6</sup>

Los síntomas y signos de prolactinoma pueden incluir la hiperprolactinemia sintomática: prolactina sérica elevada, galactorrea, disfunción sexual e infertilidad, así como síntomas debidos a expansión tumoral, como dolor de cabeza y cambios visuales. Otros síntomas del efecto de masa pueden incluir alucinaciones visuales, olfativas y apatía. <sup>7</sup> Nuestro paciente presentó cefalea de leve a moderada intensidad, galactorrea y a pesar que se reporta infertilidad, él tuvo dos hijas. Lo que llamó la atención de la familia para buscar ayuda profesional fueron las

alucinaciones auditivas, apatía e ideación suicida, que estudios recientes asocian a los adenomas hipofisarios como factores de riesgo de suicidio. <sup>8</sup>

En conclusión, se describe alteraciones neurológicas relacionadas a un adenoma hipofisario, pero poco a síntomas psiquiátricos. En pacientes que no presentan mejoría clínica a pesar del tratamiento, se debería pese a las limitaciones económicas en un hospital general, protocolizar la realización de estudios de neuroimágenes para descartar la posibilidad de una causa orgánica, con la finalidad de ofrecer un tratamiento oportuno.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Cámara R. Tumores hipofisarios no funcionantes. *Endocrinol Nutr.* 2014;61(3):160-170
2. Sanchez R, Way S. Adenoma hipofisario y depresión. *Journal of Neurosychopharmacology.*2012; 6:18-27
3. Valera B, Soria M, Hidalgo M. Manifestaciones psiquiátricas secundarias a las principales enfermedades endocrinológicas. *An. Med. Interna.* 2003; 20(4)
4. León A, Galindo S, Rivacoba A. Adenoma de hipófisis como forma infrecuente de insuficiencia suprarrenal secundaria. Presentación de un caso. *Medisur.* 2014; 12(1)
5. Rojas D, Palma A. Manejo de los adenomas hipofisarios. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2008; 46 (2): 140-147.
6. Furgal A, Lis G, Litwin JA. Aumento de la incidencia de los microadenomas hipofisarios en víctimas de suicidio. *An. Med. Interna.*2015
7. Zahajsky J, Quinn DK, Smith FA, et al. Cognitive and perceptual disturbances in a Young man. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007; 9:59-63
8. Ali S, Miller K, Freudenreich O. Management of Psychosis associated with a Prolactinoma: Case Report and review of the literatura. *Psychosomatics.* 2010; 51(5): 370-376.