

MODELO DE ADENOMA PITUITARIO

SKU: MF-1096

Categorías: [Modelos Anatómicos](#), [Modelos Anatómicos 3D](#), [Órganos con Patologías](#)



GALERÍA DE IMÁGENES



DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Historia clínica: Un hombre de 29 años se presentó con una historia de 22 meses de dolores de cabeza y visión borrosa. El examen reveló una hemianopsia bi-temporal y una parálisis del VI nervio izquierdo. La radiografía de cráneo mostró erosión de la mayor parte del cuerpo del esfenoides con parte del dorso de la silla y el proceso clinoides anterior intactos. La angiografía carotídea mostró desplazamiento hacia arriba y lateral de las arterias cerebrales anterior y media.

La neumoencefalografía (un procedimiento de imágenes común utilizado hasta la década de 1970 en el que se drena el LCR y se reemplaza por aire, oxígeno o helio que actuaba como medio de contraste en los exámenes de rayos X) mostró un desplazamiento hacia arriba de los ventrículos lateral y tercero desde abajo.

Se realizó una craneotomía pero el paciente falleció inmediatamente después.

Patología: La muestra de cerebro se corta en el plano sagital a la derecha de la hoz del cerebro, que permanece in situ. La glándula pituitaria ha sido completamente reemplazada por un tumor redondo de 4 cm de diámetro máximo. La superficie de corte del tumor es de color marrón pálido y homogénea (excepto por un área de hemorragia en la parte superior, probablemente causada por un traumatismo quirúrgico). El tumor ha resultado en un desplazamiento hacia arriba del mesencéfalo. La erosión tumoral ha destruido el hueso esfenoides; por lo tanto, la silla turca está agrandada (flecha). El quiasma óptico está comprimido por el tumor. Histológicamente, este tumor era un adenoma cromóforo que se originaba en la pituitaria anterior.

Más información: Este espécimen es de un caso antiguo y las investigaciones utilizadas ahora se considerarían anticuadas. La investigación moderna incluiría una tomografía computarizada cerebral inicial seguida de una resonancia magnética del cerebro para visualizar mejor la lesión hipofisaria antes de cualquier intervención quirúrgica.

Los adenomas hipofisarios son los tumores hipofisarios más comunes y se encuentran con mayor frecuencia en adultos con pico de incidencia entre los 35-60 años. El carcinoma primario de hipófisis es muy raro y la hipófisis es un sitio poco frecuente de metástasis. Las manifestaciones clínicas de los adenomas hipofisarios están relacionadas con el efecto de masa local y la función tumoral. Los efectos locales incluyen aumento de la presión intracraneal (dolor de cabeza, náuseas y vómitos), expansión selar, erosión ósea y compresión de las fibras nerviosas en decusación en el quiasma óptico, lo que provoca hemianopsia bitemporal.

Los adenomas hipofisarios pueden ser funcionales (es decir, asociados con exceso de hormonas) o no funcionales (es decir, sin síntomas clínicos de exceso de hormonas). Alrededor del 75% de los adenomas son funcionales: normalmente secretan prolactina, hormona del crecimiento o ACTH. La secreción de TSH, LH y FSH de adenomas hipofisarios son muy raros. Algunos adenomas pueden secretar dos hormonas: la hormona del crecimiento y la prolactina son la combinación más común. Los adenomas hipofisarios no funcionales

llegan a la atención clínica más tarde que los asociados con anomalías endocrinas y pueden provocar hipopituitarismo debido a la atrofia por compresión de la glándula normal circundante.