

PÁGINA DEL RESIDENTE

# Adenoma hipofisiario en una paciente embarazada, evolución y manejo: Reporte de caso y revisión de la literatura

María Gimena Mejía López<sup>1</sup>, Viviana Carolina Filizzola Montero<sup>2</sup>, Henry Tovar Cortés<sup>3</sup>,  
William Rojas<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Médica, Residente de segundo año – Servicio de Endocrinología Hospital San José

<sup>2</sup> Médica, Residente de segundo año – Servicio de Endocrinología Hospital San José

<sup>3</sup> Médico Internista, Endocrinólogo – Instructor del programa de Endocrinología Hospital San José

<sup>4</sup> Médico Endocrinólogo – Instructor del programa de Endocrinología Hospital San José

## Resumen

Se reporta el caso de una paciente de 32 años quien consulta al servicio de endocrinología por crecimiento acral, hiperhidrosis, amenorrea, cefalea y cambios faciales. Se encuentra test de hormona de crecimiento postsupresión con 100 g de glucosa positivo e imagen de resonancia magnética nuclear con macroadenoma hipofisiario con quiasma libre. Se ordena resección de la masa e inicio de análogo de somatostatina; sin embargo, la paciente no inicia la medicación, además hay pérdida en el seguimiento clínico. Tiempo después consulta de nuevo al servicio de endocrinología en estado de embarazo. Se decide mantener en observación clínica durante la gestación, sin evidenciarse complicaciones secundarias a su patología ni en la madre ni en el neonato. Presentamos aquí la secuencia de hechos con sus resultados y una revisión de la literatura.

**Palabras clave:** Embarazo, adenoma hipofisiario, análogos de somatostatina.

## Abstract

*This is the case of a 32-year-old female who was seen at the Endocrinology service complaining of acral growth, hyperhidrosis, amenorrhea, headache and facial changes. The post-suppression growth hormone test with 100 g of glucose was positive and her MRI showed a pituitary macroadenoma without chiasm compression. Resection of the mass was scheduled followed by the use of a somatostatin analogue. However, the patient did not initiate the medication, and was lost for follow-up. Later on she visited again the Endocrinology Service while pregnant. It*

*was decided to keep her under clinical observation during her pregnancy, with no evidence of complications secondary to the condition neither for the mother nor for the newborn. We report here the sequence of events with their results and a review of the literature.*

**Key words:** Pregnancy, pituitary adenoma, somatostatin analogues.

## Presentación del caso

Paciente de sexo femenino, de 32 años de edad, ama de casa, sin antecedentes médicos de importancia, que consulta al servicio de endocrinología en septiembre de 2013 por crecimiento acral, hiperhidrosis, cefalea global, cambios en los rasgos faciales, artralgias y amenorrea de dos años de evolución. Como antecedentes ginecobstétricos: menarquía a los 13 años con ciclos regulares hasta hace un año. G1P1A0, parto hace 3 años y FUM en julio 2 de 2013.

Al examen físico signos vitales normales. Peso: 65 Kg, Talla 1.53 m, IMC: 27.8 Kg/m<sup>2</sup>. Se encuentra prognatismo, aumento de tejidos blandos en nariz y pabellones auriculares, diastema, macroglosia y acrocrecimiento en manos y pies.

Se ordena somatomedina C: 1.140 ng/mL, realización de test de GH postsupresión de 100 g de glucosa, con los siguientes resultados: Basal: 21 ng/mL, 30 min: 31 ng/mL, 60 min: 56 ng/mL, 90 min: 83 ng/mL y 120 min: 91 ng/mL. Prueba de embarazo negativa, prolactina 60 ng/mL. Con estos resultados se ordena la toma de una resonancia magnética nuclear de silla turca (RMN) y un perfil hipofisiario basal (**tabla 1**).

Asiste nuevamente a consulta en noviembre de 2013 con RMN de silla turca que muestra un macroadenoma hipofisiario de 2,28 x 2,23 x 1,68 cm, sin compromiso del quiasma (**figura 1**).

Con estos elementos se realiza el diagnóstico de acromegalia secundaria a macroadenoma productor de GH, se propone manejo quirúrgico. Es remitida para valoración por neurocirugía y se formula terapia con ocréotide lar 20 mg IM mensual en diciembre de 2013; sin embargo, la paciente no regresa a consulta por el servicio de endocrinología hasta marzo de