

Incidentalomas Selares en mi Consultorio

Juan F. Villalonga, Álvaro Campero

LINT, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán

Se trata de un tema para estudiar en extenso. Decidimos enfocarnos en esclarecer el criterio diagnóstico y el manejo de los mismos.

¿Qué es un incidentaloma?

Incidentaloma es un tumor encontrado de forma casual (incidental) en ausencia de signos clínicos o síntomas específicos al realizar una exploración imagenológica a un paciente.¹

Incidentaloma es un neologismo que describe a una masa o lesión totalmente asintomática que es descubierta incidentalmente en un paciente asintomático debido al uso común de técnicas de diagnóstico por imágenes. Hallazgo incidental es una sinonimia de este término.²

¿Cuándo consideramos que un incidentaloma es selar?

Cuando el mismo queda confinado a la región selar. Los límites de la misma son conocidos por todos y están bien ilustrados en un trabajo del Prof. Rothon.³

¿Son frecuentes?

No tenemos estadísticas nacionales en torno a este tema.

En Estados Unidos, según un trabajo actual, la incidencia de adenomas hipófisis e incidentalomas pituitarios van en ascenso ($4,28 \pm 0,04$ y $1,53 \pm 0,02$ cada 100.000 habitantes, respectivamente). En dicho estudio, al observar los cambios de 2004 a 2018, se evidenció un aumento de casi 3 veces de incidentalomas pituitarios (de $0,73 \pm 0,05$ a $2,00 \pm 0,09$ cada 100.000 habitantes).⁴

¿Qué pronóstico tienen?

El concepto no implica una etiología específica como tampoco el pronóstico de los hallazgos, ya que puede tratarse de lesiones benignas o malignas, hormonalmente funcionantes o no.

¿Se trata realmente de un incidentaloma?

Es clave comprender que si un paciente presenta algún síntoma o signos clínicos específicos de una lesión selar automáticamente deja de ser clasificado como incidentaloma. Vale aclarar que signo clínico es el evidenciado en el examen físico del paciente.

¿En qué casos NO corresponde denominar incidentaloma selar?

1. Pacientes con síntomas específicos, sin signos clínicos en examen físico. Por ejemplo, un paciente que al interrogatorio refiere cefalea con características de HTE y en RM se objetiva un adenoma gigante.
2. Paciente asintomático pero con signos específicos. Por ejemplo, un paciente que no refiere cefalea, ni déficit visual, pero que en el examen físico se evidencia hábito cushingoide.
3. Paciente con síntomas y signos clínicos. Por ejemplo, un paciente que refiere déficit visual y amenorrea, en cuyo examen físico se evidencia galactorrea.

¿En qué casos SI corresponde denominar incidentaloma selar?

1. Paciente asintomático, con examen físico normal y estudios complementarios sin particularidades. Por ejemplo, un paciente derivado por "incidentaloma selar" que no refiere ninguna queja en el interrogatorio, cuyo examen físico es normal, con campimetría normal y laboratorio hormonal normal. Podría ser el caso de un paciente con adenoma no funcionante confinado a la silla turca.
2. Pacientes asintomáticos, sin signos clínicos específicos en el examen físico y con estudios complementarios positivos. Por ejemplo, un paciente derivado por un colega con el rótulo de "incidentaloma selar" por RM que al interrogatorio no refiere cefalea, déficit visual, ni cuadro compatible con alteración hormonal, cuyo examen físico es normal, pero que su campimetría evidencia un incipiente déficit visual.

Incidentaloma y cefalea: ¿Este síntoma anula el diagnóstico?

Siguiendo estrictamente la definición que el paciente presente cefalea no anula el diagnóstico del incidentaloma selar en todos los casos. Un paciente con cefalea puede o no llevar el diagnóstico de incidentaloma.

Por ejemplo:

1. Pacientes con cefalea producto de la lesión selar. Por ejemplo, un paciente que refiere cefalea y es portador

de un adenoma no funcionante gigante con Hardy alto que genera hidrocefalia. Su cefalea es secundaria a su patología selar. En este caso no corresponde denominar incidentaloma.

2. Pacientes con cefalea de otro origen. Por ejemplo, un paciente al que le diagnosticaron una lesión selar de 7 mm por RM, en contexto de estudio de su cefalea en racimo. En este caso, la cefalea no es un síntoma específico de la lesión, ergo se trata de un incidentaloma.

¿Cuáles serían los incidentalomas selares más frecuentes?

Los adenomas hipofisarios. Su prevalencia es de 78 a 94 cada 100.000 habitantes y va en aumento. Un 10% son incidentalomas en la población adulta.⁵

¿Cuáles serían los incidentalomas selares más raros?

No existen trabajos específicos sobre incidentalomas selares raros. En un estudio conjunto de los equipos de Nápoles y Ohio exponen su casuística de lesiones selares raras. Solo basta hacer un repaso de éstas para deducir cuáles podrían ser los incidentalomas raros que podríamos considerar: quiste aracnoideo, metástasis, hipofisitis, oncocitoma, linfoma quiste dermoide, quiste epidermoide, collision tumor, absceso, carcinoma, astrocitoma, tumor de células germinales, pituitoma, gangliocitoma, schwannoma, hemangioma, condrosarcoma, sarcoma, PNET, tumor de células granulares.

¿Existen otras situaciones a considerar?

Si bien no son lesiones selares estrictamente por definición, en nuestro medio, son muchas veces derivados como incidentalomas selares al neurocirujano:

1. Pacientes jóvenes de sexo femenino con hipertrofia de glándula hipófisis a los que les diagnosticaron erróneamente un tumor hipofisario. Debemos explicar al paciente que se trata de una cuestión fisiológica.
2. Pacientes a los que se les realizó una RM sin protocolo específico y/o que no es de alto campo y en la misma se evidencia un presunto microadenoma. Debemos tranquilizar al paciente y repetir el estudio con protocolo

de región selar y 3 Tesla.

3. Pacientes derivados por hallazgo de silla turca vacía primaria. En estos casos el set de estudios iniciales es el mismo que para una lesión selar, pero los pasos subsiguientes en el manejo son distintos. La descripción de dicho algoritmo escapa al propósito de este paper y será presentada en otra ocasión.

¿Cómo debo estudiar a un paciente con incidentaloma selar?

Debemos solicitar el set de estudios para patología pituitaria: RM y TC con protocolo específico, laboratorio hormonal y campimetría. El detalle de cómo realizamos dichas solicitudes está descrito en un trabajo previo de nuestro equipo.

¿Cómo manejar a estos pacientes?

Debemos dividir a los pacientes con incidentalomas en dos grupos:

1. Sin manifestación subclínica de su patología. Por ejemplo, un paciente con un macroadenoma no funcionante, con campimetría y laboratorio normal. Estos deberán quedar en control con RM a los 6 meses y luego una vez al año, por lo menos durante 5 años.
2. Con manifestación subclínica de su patología. Por ejemplo, un paciente sin síntomas ni signos al examen físico, pero con alteraciones campimétricas incipientes. En este caso es válido considerar directamente la cirugía.

¿Cuándo considerar la cirugía?

Existen diversos escenarios en los cuales es válido plantear el tratamiento quirúrgico:

1. Manifestaciones subclínicas evidenciadas por estudios complementarios.
2. Grado elevado en clasificación de Knosp o Hardy en el caso de los adenomas. Esto habla de la naturaleza invasora de la lesión.
3. Progresión clínica o radiológica en el follow up.
4. Paciente que por diversas causas sospechamos que se va a perder en el follow up. Fundamentalmente motivos socio-culturales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mirilas P, Skandalakis JE. Benign anatomical mistakes: incidentaloma. *Am Surg*. 2002; 68(11):1026-1028.
2. BabelNet. Dictionary and semantic network. Sapienza University of Rome.
3. Rhoton Jr AL. The sellar region. *Neurosurgery*. 2002; 51(4):1-335.
4. Watanabe G, Choi SY, Adamson DC. Pituitary incidentalomas in the United States: a national database estimate. *World Neurosurg*. 2002;158: 843-855.
5. Solari D, Pivonello R, Caggiano C, Guadagno E, Chiaramonte C, Miccoli G, et al. Pituitary adenomas: what are the key features? What are the current treatments? Where is the future taking us? *World Neurosurg*. 2019;127:695-709.
6. Somma T, Solari D, Beer-Furlan A, Guida L, Otto B, Prevedello D, et al. Endoscopic endonasal management of rare sellar lesions: clinical and surgical experience of 78 cases and review of the literature. *World Neurosurg*. 2017;100:369-380.
7. Bourilhon F, Villalonga JF, Martínez-Font AM, Pailler JJ, Romano AA, Campero A. Manejo preoperatorio de los adenomas hipofisarios. Lo que un residente de neurocirugía debe conocer. *Rev Arg Neuroc*. 2021; 35(01).