

CO100. LESÕES SELARES NÃO-ADENOMATOSAS: QUESTÕES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS

B. Carvalho¹, J. Pereira¹, P. Polónia¹, E. Vinha², D. Carvalho², R. Vaz¹

¹Serviço de Neurocirurgia; ²Serviço de Endocrinologia. Hospital de São João.

Introdução: Apesar dos adenomas hipofisários representarem mais de 90% das massas selares existem vários tumores de origem hipofisária e não-hipofisária que surgem na região selar e para-selar. Estes mimetizam os macroadenomas e colocam desafios de diagnóstico visto não existirem características patognomónicas. Em muitos casos, o diagnóstico é realizado apenas no pós-operatório, sendo o achado histológico, por vezes inesperado. No entanto, existem alguns achados imagiológicos que podem ser úteis na identificação de lesões selares não-adenomatosas. O objectivo deste estudo foi rever o tipo e frequência de lesões selares não-adenomatosas na série de 10 anos do Hospital de São João e analisar as suas particularidades imagiológicas e implicações terapêuticas.

Métodos: Foram analisados retrospectivamente todos os doentes submetidos a cirurgia endoscópica endonasal transfenoidal (n total = 220) cujo diagnóstico histológico final diferiu de adenoma.

Resultados: Foram identificados 9 doentes (4,1%) com lesões não-adenomatosas: meningioma selar e para-selar (4), estesioblastoma (1), pituiticoma (1), craniopharingioma adamantinomatoso (1), quisto aracnoideu selar e supra-selar (1) e quisto da bolsa de Rathke (1). Sete doentes foram submetidos a ressecção cirúrgica, 4 subtotaís e 3 totais. Foi realizada radioterapia estereotáxica fraccionada nos meningiomas, e quimioterapia e radioterapia após cirurgia do estesioblastoma.

Conclusão: A alta percentagem de ressecções subtotaís realça a importância do diagnóstico pré-operatório das lesões não-adenomatosas selares no planeamento cirúrgico, ao permitir ponderar a escolha de vias de abordagem diferentes. Algumas características imagiológicas são particularmente úteis: perfil de realce na imagiologia dinâmica, hiperostose do pavimento selar ou de estruturas ósseas adjacentes, espessamento dural, proeminências vasculares, origem aparente no infundíbulo ou hipotálamo, espessamento da haste hipofisária. Não obstante serem raras, as lesões selares não-adenomatosas poderão ser clinicamente mais prevalentes do que o esperado. Os cirurgiões hipofisários devem estar alerta para a sua existência de forma a poderem ponderar estratégias de tratamento cirúrgico alternativo e prosseguir para terapias adjuvantes quando necessário.

CO101. PAPEL DA CIRURGIA TRANSFENOIDAL NA DOENÇA DE CUSHING PERSISTENTE OU RECORRENTE

B. Carvalho¹, J. Pereira¹, P. Polónia¹, E. Vinha², D. Carvalho², R. Vaz¹

¹Serviço de Neurocirurgia; ²Serviço de Endocrinologia. Hospital de São João.

Introdução: A abordagem aos doentes com doença de Cushing residual constitui um importante desafio terapêutico. As taxas de remissão após cirurgia transfenoidal variam entre 65-90%, sendo que a taxa de recorrência após cirurgia transfenoidal inicial eficaz varia entre 5-25%. O objectivo deste estudo foi rever retrospectivamente a eficácia funcional e as complicações da re-intervenção cirúrgica transfenoidal na D. Cushing persistente ou recorrente.

Métodos: Foram avaliadas retrospectivamente as taxas de remissão e as complicações após re-intervenção cirúrgica

transfenoidal por doença de Cushing persistente ou recorrente em 7 doentes, tratados no nosso hospital entre 2002-2012. A remissão foi definida como o desaparecimento de sintomas de hipercortisolismo com níveis basais de cortisol sérico < 50 nmol/l 24-48h após desmame de corticoterapia e/ou supressão dos níveis séricos de cortisol < 50 nmol/l após prova de supressão com dexametasona 1 mg durante os primeiros 3 meses após cirurgia.

Resultados: Dos 38 doentes com doença de Cushing foram identificados 7 doentes com doença persistente após a primeira cirurgia (taxa de sucesso de 82%), 3 dos quais foram re-operados, encontrando-se à data curados. Dos 31 doentes inicialmente curados, foram identificados 4 com doença recorrente (taxa de recorrência de 13%) entre 2 a 8 anos após a cirurgia. Destes, 3 ficaram curados e um não alcançou a remissão após re-intervenção. O hipopituitarismo foi a complicação mais frequente (4 doentes). Outras complicações: hemorragia do seio cavernoso (1), fistula de LCR (1) e diabetes insípida (1).

Conclusão: A re-intervenção cirúrgica por via transfenoidal continua a ser a primeira opção terapêutica a considerar nos doentes com doença de Cushing persistente ou recorrente, permitindo nesta série a cura em de 86% (6/7) dos casos.

CO102. MACROPROLACTINOMAS: AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AOS AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS

M.J. Santos¹, R. Almeida^{2,3}, O. Marques^{1,3}

¹Serviço de Endocrinologia; ²Serviço de Neurocirurgia; ³Consulta Grupo Hipófise. Hospital de Braga.

Introdução: O tratamento dos macroprolactinomas com agonistas dopaminérgicos (AD) é considerado eficaz, com normalização da prolactina (PRL) e redução do tamanho tumoral na maioria dos doentes. Contudo, alguns apresentam resistência parcial ou total ao tratamento. A duração ideal do tratamento e o momento da sua suspensão não estão definidos.

Objetivo: Caracterizar os indivíduos com macroprolactinomas seguidos na Consulta de Grupo Hipófise do Hospital de Braga quanto à sua resposta ao tratamento com AD.

Métodos: Avaliação dos doentes com macroprolactinoma, medicados com AD como 1ª linha, quanto a características iniciais do tumor e resposta terapêutica ao 1º e 2º anos. Após este período foram definidos três grupos: “sensíveis” (PRL normal, redução tamanho > 50%); “resistentes” (PRL elevada, redução < 10% ou aumento); “parcialmente resistentes” (restantes) e foi avaliada a sua evolução.

Resultados: Identificámos 52 doentes; 27 (51,9%) homens; idade de diagnóstico de 40,3 ± 16,3 anos; tempo de seguimento 6,8 ± 4,1 anos; mediana da PRL inicial 474,4 ng/ml; maior diâmetro tumoral inicial de 23,1 ± 10,5 mm. Bromocriptina usada em 1ª linha em 47 casos (90,4%). Após 2 anos: PRL normal em 34 (69,4%); redução < 10% em 6 (14%), 10-50% em 12 (27,9%); > 50% em 24 (55,8%); aumento em 1 (2,3%). Após 2 anos: 21 “sensíveis” (50%), 4 “resistentes” (9,5%), restantes “parcialmente resistentes”. Dos “resistentes”, 3 foram operados. Dos “sensíveis”, 4 estão em remissão sem medicação. Durante o follow-up dos “parcialmente resistentes”, a continuação da medicação permitiu normalizar a prolactina em 7/9 doentes e reduzir o volume tumoral em 6/14.

Conclusão: A maioria dos doentes respondeu de forma rápida e eficaz ao tratamento com AD. A resposta bioquímica parece preceder a resposta imagiológica. A continuidade do tratamento revelou-se importante para a melhoria dos resultados nos dois parâmetros avaliados. Apenas um reduzido número de casos conseguiu a remissão.