

# As consequências irreversíveis do diagnóstico tardio de macroadenoma de hipófise em paciente jovem

## *The irreversible consequences of late diagnosis of pituitary macroadenoma in a young patient*

Nathalia Perussi Garcia<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4977-5977>  
Adriana Geremias Toni<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1599-0516>  
Guilherme Nova Colombo Barboza<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2099-0323>  
Marcello Nova Colombo Barboza<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7573-885X>  
Priscilla Fernandes Nogueira<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7141-5711>

### RESUMO

Os tumores de hipófise representam aproximadamente 15% de todos os tumores cerebrais e dependendo do tamanho, pressionam o quiasma óptico, resultando em comprometimento da função visual que se manifesta como defeitos no campo visual, diminuição da acuidade visual e da visão das cores. O objetivo do presente estudo foi relatar um caso de macroadenoma de hipófise com compressão do quiasma óptico e defeito no campo visual, tratado inicialmente como glaucoma, levando a um diagnóstico e tratamento tardio.

**Descritores:** Hipófise; Doenças da hipófise; Neoplasias hipofisárias

### ABSTRACT

*Pituitary tumors represent approximately 15% of all brain tumors and depending on size, pressure optic chiasma, resulting in impaired visual function that manifests itself as defective in the visual field, decreased acuity visual and color vision. The objective of the present study was to report a case of pituitary macroadenoma with compression of optical chiasma and visual field defect, initially treated as glaucoma, leading to a late diagnosis and treatment.*

**Keywords:** Pituitary gland; Pituitary diseases; Pituitary neoplasms

<sup>1</sup>Hospital Oftalmológico Visão Laser, Santos, São Paulo, Brasil.

Instituição da realização do trabalho: Hospital Oftalmológico Visão Laser, Santos, São Paulo, Brasil

Recebido para publicação em 5/11/2019 - Aceito para publicação em 24/4/2020.

## INTRODUÇÃO

Os tumores de hipófise representam aproximadamente 15% de todos os tumores cerebrais. Adenoma de hipófise e meningioma são as causas mais comuns de neuropatia óptica compressiva e a maioria dos casos apresentam como sintomas visuais e cefaleia. Os tumores em crescimento pressionam o quiasma óptico, resultando em comprometimento da função visual que se manifesta como defeitos no campo visual, diminuição da acuidade visual e da visão das cores.<sup>(1)</sup>

A comparação dos parâmetros de visão sugere que os pacientes com diagnóstico e tratamento precoce apresentaram melhor prognóstico com melhora da acuidade visual, do desvio da linha média e do campo visual após diagnóstico e cirurgia precoce. Um atraso no diagnóstico compromete significativamente a acuidade visual pré e pós-operatória. Portanto, detectar antecipadamente a causa da disfunção da via visual pode levar à modificação do regime de tratamento médico e reduzir a incidência de danos irreversíveis ao nervo óptico.<sup>(2,3)</sup>

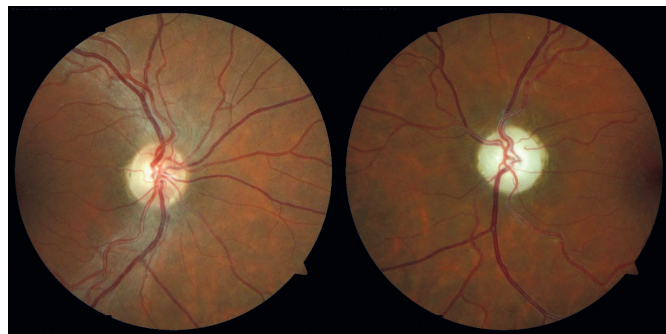
O objetivo do presente estudo foi relatar um caso de macroadenoma de hipófise com compressão do quiasma óptico e defeito no campo visual, tratado inicialmente como glaucoma, levando a um diagnóstico e tratamento tardio.

### Relato de caso

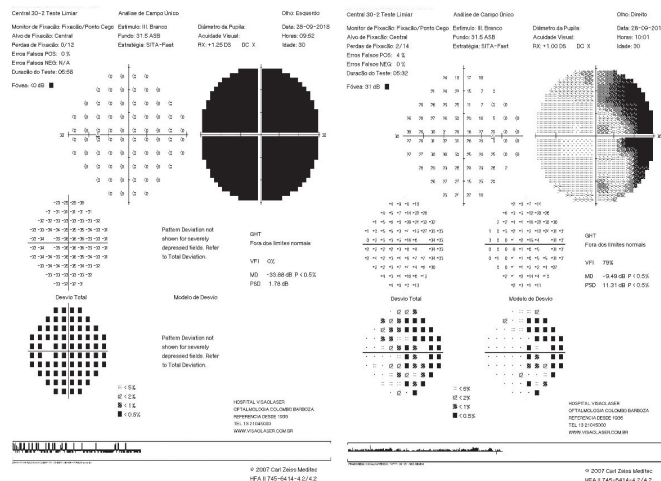
Paciente masculino, 30 anos, branco, casado, vidraceiro, apresentou queixa de baixa de acuidade visual (BAV) em ambos olhos há 2 anos. Refere cefaleia associada a BAV progressiva. Relata ter feito acompanhamento prévio em outro serviço, onde foi diagnosticado e tratado para glaucoma por 1 ano e meio. De antecedentes pessoais e oftalmológicos referiu traumatismo craniano e trauma contuso em olho esquerdo (OE) há 3 anos.

Ao exame oftalmológico apresentou acuidade visual com correção olho direito (OD) 1,0 e OE Sem Percepção Luminosa. Biomicroscopia OD sem alterações, OE midríase fixa. Reflexos oculares OD sem alterações, OE reflexo fotomotor e consensual diminuído com defeito pupilar aferente relativo. Movimentação ocular extrínseca preservada. Tonometria aplanção às 10h: 12 e 14 mmHg. À fundoscopia / retinografia foi evidenciado OD papila média com escavação de 0,3/0,3 com palidez nasal, OE papila média, escavação de 0,3/0,3 com palidez (Figura 1). Foi solicitado campo visual, tomografia de coerência óptica (OCT) e ressonância magnética de crânio.

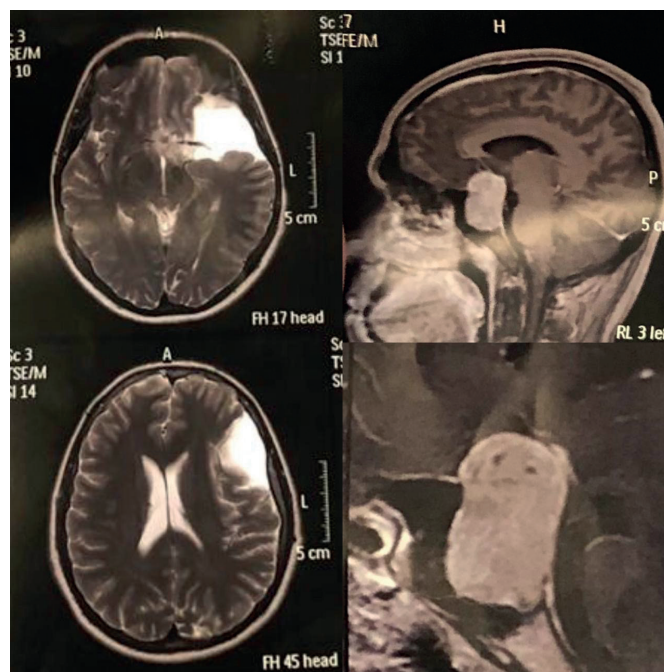
Campo visual apresentou OD escotoma temporal respeitando a linha média e OE escotoma absoluto (Figura 2). Ressonância magnética de crânio com ênfase em sela túrcica: lesão intra e supra-selar, medindo 4,0 x 3,0 x 2,5 cm e englobando segmento



**Figura 1.** Retinografia: OD: papila média com escavação de 0,3/0,3 com palidez nasal, OE: papila média, escavação de 0,3/0,3 com palidez.

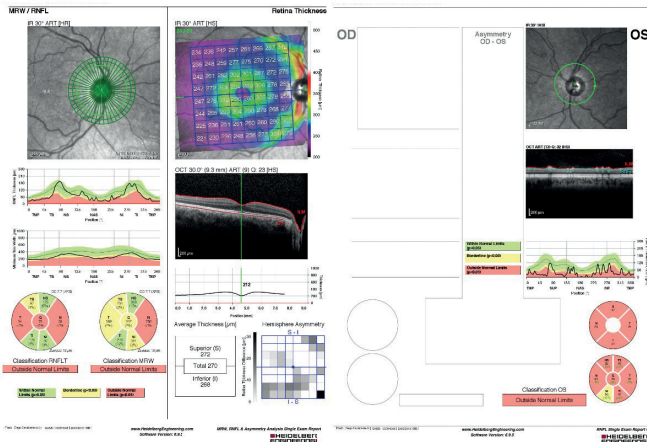


**Figura 2.** Campo visual: OD: escotoma temporal respeitando a linha média, OE: escotoma absoluto



**Figura 3.** Ressonância magnética de crânio com ênfase em sela túrcica: lesão intra e supra-selar, medindo 4,0 x 3,0 x 2,5 cm e englobando segmento intracavernoso das artérias carótidas internas com compressão e deslocamento cefálico do quiasma óptico. Lesão cística em fossa média esquerda, medindo 8,0 x 5,0 x 4,8 cm com efeito de massa e discreto deslocamento da linha média para direita e esta associado a hipoplasia do lobo temporal esquerdo.

intracavernoso das artérias carótidas internas com compressão e deslocamento cefálico do quiasma óptico. Lesão cística em fossa média esquerda, medindo 8,0 x 5,0 x 4,8 cm com efeito de massa e discreto deslocamento da linha média para direita e está associado a hipoplasia do lobo temporal esquerdo (Figura 3). Tomografia de coerência óptica (OCT) de nervo óptico do OD com perda da camada de fibras nervosas em região nasal e temporal, fibras inferiores preservadas e limitrofe em região superior, OE com perda difusa da camada de fibras nervosas (Figura 4). O paciente foi encaminhado ao neurologista e neurocirurgião para tratamento e seguimento do caso. Foi submetido a cirurgia neurológica para retirada de tumor. Após 6 meses, em avaliação



**Figura 4.** OCT de nervo óptico: OD: perda da camada de fibras nervosas em região nasal e temporal, fibras inferiores preservadas e borderline em região superior, OE: perda difusa da camada de fibras nervosas.

oftalmológica manteve acuidade visual e perda de campo, sem prognóstico de melhora.

## DISCUSSÃO

Os macroadenomas apresentam como sintomas visuais defeitos de campo, cefaleia, baixa da acuidade visual e perda progressiva da visão.<sup>(4)</sup> O mecanismo da disfunção da via visual causada se deve ao efeito de massa pela compressão quiasma óptico, isquemia local e/ou alterações micro ambientais devido ao desenvolvimento da neoplasia.<sup>(5)</sup>

Se o adenoma é maior que 10 mm de diâmetro (macroadenoma), pode causar distúrbios neurooftalmológicos comprimindo as estruturas adjacentes. Anormalidades na camada de fibras nervosas em lesões de longa data também são característicos de tumores pituitários e uma das ferramentas que detectam essa perda de fibras na compressão quiasmática é o OCT. Um estudo prospectivo que avaliou a espessura da camada de fibras nervosas (CFN) e do complexo de células ganglionares (CCG) utilizando a tomografia de coerência óptica de domínio espectral (SD-OCT), concluiu que o dano pode estar presente mesmo na ausência de compressão e com acuidade visual preservada. As espessuras do CCG e da CFN foram reduzidas em 82% e 69%, respectivamente. Foi observada perda difusa, particularmente nos aspectos nasais e temporais do nervo óptico em pacientes com defeitos no campo de longa data. Segundo o estudo, a perda de fibras e células ganglionares poderia ser detectada precocemente, até mesmo antes da compressão. Por conta disso, o SD-OCT pode ter papel importante no diagnóstico precoce e manejo desses pacientes.<sup>(6)</sup>

Quanto ao padrão de defeito do campo visual do olho mais acometido, a maioria dos pacientes apresentam hemianopsia temporal, seguida por quadrantanopsia temporal, com defeito altitudinal e depressão generalizada,<sup>(1)</sup> explicado pela localização e cruzamento das fibras nasais, que carregam as imagens do campo temporal.<sup>(4)</sup> As lesões hemianópticas podem ser congruentes ou incongruentes, sendo que nos defeitos incongruentes, um dos olhos costuma ser mais afetado que o outro, como foi apresentado no caso.<sup>(7)</sup> Atualmente a RM com contraste permite a detecção precoce da localização anatômica precisa, sendo de grande importância para o diagnóstico e a terapia.<sup>(8)</sup>

A relação do quantitativa do tamanho do macroadenoma está diretamente relacionada com o grau de comprometimento visual, assim como a relação entre diagnóstico e tratamento adequado.<sup>(9)</sup> A neuropatia óptica compressiva pode ser clinicamente semelhante à neuropatia óptica glaucomatosa.<sup>(10)</sup> Os defeitos de campo visual do glaucoma geralmente apresentam padrão arqueado, no entanto tumores intra ou para selares também podem atravessar o meridiano.<sup>(11)</sup> No caso descrito a palidez de papila pode ter sido fator de confusão com aumento de escavação levando ao diagnóstico de glaucoma.

O oftalmologista pode ser o primeiro médico a encontrar um paciente com manifestações clínicas de tumores intracranianos que podem causar complicações neurológicas e oculares. A possibilidade de tumores intracranianos deve ser considerada na etiologia dos distúrbios visuais antes de se chegar a um diagnóstico definitivo.

O atraso no diagnóstico pode ocorrer devido à menor incidência e às semelhanças com outras patologias que podem confundir no momento do exame inicial. Distúrbios visuais como diplopia (por expansão lateral do adenoma no seio cavernoso), paralisia dos nervos oculomotores e, mais raramente, o nistagmo e a proptose poderiam estar presentes no macroadenoma hipofisário, colaborando para o atraso do diagnóstico num momento inicial.<sup>(12)</sup> A neurite óptica é outro exemplo diagnóstico diferencial, uma vez que cursa com redução da visão, podendo piorar em horas ou dias, geralmente unilateral, com perda de campo visual (varia de redução discreta até ausência de percepção luminosa). Nesse caso, a história clínica e o exame ocular associados à ressonância magnética auxiliam na elucidação.

O fato de o paciente apresentar palidez de papila foi confundido com aumento de escavação no momento inicial, evidenciando a importância da propedêutica fundoscópica adequada levando em consideração a deflexão dos vasos e não coloração da papila para a quantificação da escavação associado à avaliação neurooftalmológica completa.

Em conclusão, o relato visa mostrar as consequências de um atraso no diagnóstico e tratamento de macroadenoma de hipófise. É necessário procurar métodos que possam acelerar o diagnóstico de tumores hipofisários antes da perda de fibras nervosas da retina e, conseqüentemente, alterações irreversíveis no campo visual.<sup>(5)</sup> Além disso, a propedêutica básica com anamnese completa, exame físico e complementar podem interferir diretamente no prognóstico do paciente, para que se direcione para a melhor hipótese, evitando sequelas irreversíveis.

## REFERÊNCIAS

1. Lee DK, Sung MS, Park SW. Factors influencing visual field recovery after transphenoidal resection of a pituitary adenoma. *Korean J Ophthalmol.* 2018;32(6):488–96.
2. Sefi-Yurdakul N. Visual findings as primary manifestations in patients with intracranial tumors. *Int J Ophthalmol.* 2015;8(4):800–3.
3. Chabot JD, Chakraborty S, Imbarrato G, Dehdashti AR. Evaluation of outcomes after endoscopic endonasal surgery for large and giant pituitary macroadenoma: a retrospective review of 39 consecutive patients. *World Neurosurg.* 2015;84(4):978–88.
4. Chen Y, Liu Z, Lin Z, Shi X. Eye signs in pituitary disorders. *Neurol India.* 2019;67(4):979–82.
5. Lachowicz E, Lubinski W. The clinical value of the multi-channel PVEP and PERG in the diagnosis and management of the patient with pituitary adenoma: a case report. *Doc Ophthalmol.* 2018;137(1):37–45.

6. Cennamo G, Auriemma RS, Cardone D, Grasso LF, Velotti N, Simeoli C, et al. Evaluation of the retinal nerve fibre layer and ganglion cell complex thickness in pituitary macroadenomas without optic chiasmal compression. *Eye (Lond)*. 2015;29(6):797-802.
7. Dantas AM, Zangalli A. *Neuro-oftalmologia*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1999.
8. Karimian-Jazi K. [Pituitary gland tumors]. *Radiologe*. 2019;59(11):982-91.
9. Ho RW, Huang HM, Ho JT. The influence of pituitary adenoma size on vision and visual outcomes after trans-sphenoidal adenectomy: a report of 78 cases. *J Korean Neurosurg Soc*. 2015;57(1):23-31.
10. Cheour M, Mazlout H, Agrebi S, Falfoul Y, Chakroun I, Lajmi H, Kraiem A. [Compressive optic neuropathy secondary to a pituitary macroadenoma]. *J Fr Ophthalmol*. 2013;36(6):e101-4. French.
11. Schmidt D. [Differential diagnosis of bitemporal paracentral visual fields defects in "low-tension glaucoma" and tumors of the pituitary gland (author's transl)]. *Klin Monbl Augenheilkd*. 1975;166(4):483-8.
12. Ribeiro BB, Rocha MAB, Almeida GA, Rocha RTB. Macroadenoma hipofisário: alterações campimétricas visuais. *Rev Bras Oftalmol*. 2014;73(2):120-2.

---

**Autor correspondente:**

Nathalia Perussi Garcia Santos  
Rua Rio de Janeiro, 82 – 134, São Paulo, Brasil.  
CEP: 11075-340 - Tel: 13981796800  
E-mail: nathalia.perussi@hotmail.com