

marcadores microsatélites del cromosoma 5q como método indirecto. Se tomó la muestra de líquido amniótico a las 18 semanas de gestación y se extrajo el ADN. No se detectaron deleciones de los exones 7 y 8 en el ADN del feto, por lo tanto es sano. Conclusiones. La detección de deleciones en el gen SMN es un método que permite llegar a conocer la condición (sano o enfermo) del feto, con seguridad y en menor tiempo, sin necesidad de investigar a toda la familia para llegar a un resultado. Este método no necesita PCR radioactivo, los resultados son claros y precisos, y pueden obtenerse en un día; además, puede llegar a sustituir a los métodos invasivos tales como la biopsia de músculo y la electromiografía, y ayudar al asesoramiento genético en aquellas familias donde no existe ADN del niño afectado [REV NEUROL 1999; 29: 1172-5]. **Palabras clave.** ADN. Atrofia muscular. Diagnóstico prenatal. Gen de la supervivencia neuronal. Haplotipo. Reacción en cadena de la polimerasa.

microsatélites do cromossoma 5q como método indirecto. Colheu-se uma amostra de líquido amniótico às 18 semanas de gestação e extraiu-se o DNA. Não se detectaram deleções nos exões 7 e 8 do DNA do feto, pelo que este é saudável. Conclusões. A detecção de deleções no gene SMN, é um método que permite chegar a conhecer a condição (saudável ou doente) do feto, com segurança, e em menos tempo, sem necessidade de investigar toda a família para chegar a um resultado. Este método não necessita de PCR radioactivo. Os resultados são claros e precisos, e podem-se obter num dia. Além disso, pode chegar a substituir os métodos invasivos tais como a biópsia de músculo e a electromiografia, e auxiliar ao aconselhamento genético naquelas famílias onde não existe ADN da criança afectada [REV NEUROL 1999; 29: 1172-5]. **Palavras chave.** ADN. Atrofia muscular. Diagnóstico pré-natal. Haplotipo. Reacção em cadeia da polimerase. Sobrevivência do neurónio motor.

Hipofisitis idiopática en pacientes de edad avanzada. Presentación de dos casos y revisión de la literatura

G. Echevarría^a, S. Gonorazky^a, M. Gaspari^b, A. Sundblad^c

IDIOPATHIC HYPOPHYSITIS IN ELDERLY PATIENTS.
A REPORT OF TWO CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE

Summary. Introduction. Hypophysis inflammatory tumors are a non frequent cause for hypopituitarism. The motive of outpatient visit is headache. It is more frequent in pregnancy and immediate post-labor women. The pathology shows a lymphocytic inflammatory infiltrated or granulomas with giant cells (these can be accompanied with an infectious or autoimmune systemic disease associated). Clinical cases. We present two elderly female patients, without infectious or autoimmune pathology associated, with suggestive abnormalities of hypophysial adenoma by MRI. Both presented a suspecting clinical manifestation of intracranial expansive lesion (progressive intensive headaches, with partial compromise of the III left pair in the second one), noticing by laboratory a subclinical hormonal dysfunction. Surgery of tumoral exeresis was underwent in both patients, showing a granulomatous hypophysitis in one and a lymphocytic hypophysitis in the other. Conclusion. Hypophysis inflammatory tumors must be considered as a preoperative differential diagnosis of every hypophysial tumor without important hormonal dysfunction associated, mainly in women and what is more in pregnancy or lying-in women, taking into account that surgery of tumoral resection can worsen a subclinic hypophysial dysfunction [REV NEUROL 1999; 29: 1175-9].

Key words. Granulomatous hypophysitis. Headache. Hypophysial adenoma. Hypophysis. Hypopituitarism. Lymphocyte hypophysitis. Surgery.

INTRODUCCIÓN

Los tumores hipofisarios se pueden clasificar según sus características histológicas y según su actividad funcional. Los dos tipos histológicos principales de tumores hipofisarios primarios son el adenoma y el craneofaringioma. Los adenomas pituitarios representan aproximadamente el 13% de todos los tumores intracraneales diagnosticados en personas mayores de 70 años [1], mientras que este porcentaje desciende al 0,5-2,5% en los niños [2]. Del total de tumores hipofisarios, los adenomas representan casi el 90% de ellos [3]. Estudios prospectivos en personas voluntarias normales utilizando resonancia magnética (RM) mostraron que, aproximadamente, el 10% de las personas adultas presentan un adenoma de hipófisis [4]. Estos tumores son habitualmente microadenomas.

Los craneofaringiomas son la neoplasia más común en los niños en la región hipotálamo-hipofisaria y representan entre el 6 y 9% del total de tumores intracraneales en los niños [2].

Los tumores inflamatorios de la hipófisis son enfermedades poco frecuentes que producen un hipopituitarismo leve, desproporcionado en relación con el tamaño tumoral observado. Habitualmente los pacientes acuden a la consulta por cefalea. La visualización en la anatomía patológica de una fibrosis sin evidencia de patología hemorrágica o isquémica previa, adenoma, terapia radiante o tratamiento con bromocriptina, debería sugerir una inflamación difusa previa. Estos tumores inflamatorios se clasifican en dos grupos: las hipofisitis linfocíticas y las granulomatosas.

Las hipofisitis linfocíticas afectan predominantemente a mujeres y generalmente durante los últimos meses de embarazo o en los primeros 14 a 16 del puerperio. Suelen asociarse a enfermedades autoinmunes, particularmente la tiroiditis de Hashimoto [5].

Las hipofisitis granulomatosas también son infrecuentes. La mayoría de los casos se diagnostican a partir de material de necropsia. Las etiologías más frecuentes son las de carácter infeccioso y enfermedades sistémicas como tuberculosis, sarcoidosis, sífilis e infecciones micóticas [6].

Recibido: 26.07.99. Recibido en versión revisada: 29.09.99. Aceptado: 30.09.99.

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neurocirugía. ^c Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Dr. Sergio Gonorazky. Saavedra 66, 2.º A. Bahía Blanca. CP 8000 Buenos Aires, Argentina. E-mail: gonora@cybertech.com.ar

© 1999, REVISTA DE NEUROLOGÍA



Figura 1. RM craneal sin contraste que muestra una imagen redondeada de 2x2,5 cm en región selar con compresión del quiasma óptico; a) Corte sagital; b) Corte axial.

El objetivo del presente artículo es presentar dos casos de tumores hipofisarios inflamatorios primarios en pacientes de edad avanzada y realizar una revisión de la literatura disponible.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1. Mujer de 64 años, que acudió a nuestro servicio en diciembre de 1996 por un cuadro de cefalea frontal de dos meses de evolución. En el mes previo a la consulta presentó un episodio de pérdida de conocimiento con relajación de esfínteres, ignorándose otras características del episodio. El examen físico sólo mostró una respuesta plantar izquierda equívoca. Se realizó un EEG que mostró ondas agudas en el área temporal anterior izquierda. Dada la progresión de sus cefaleas a bitemporal, frontal y orbitaria, y en vista de los hallazgos del EEG, se solicitó una RM de cráneo sin contraste, que evidenció una imagen redondeada de 2x1,5 cm en región selar con compresión del quiasma óptico, compatibles con un macroadenoma de hipófisis (Fig. 1). Los estudios endocrinológicos preoperatorios revelaron una insuficiencia corticoadrenal secundaria, con niveles de cortisol plasmático basal de 3,80 µg/dl (VR 5-25 µg/dl). El nivel basal de TSH fue de 0,13 µUI/ml (VR 0,20-5 µUI/ml, insuficiencia tiroidea secundaria). Los valores de FSH fueron de 1,48 mUI/ml (VR F. folicular 3,30-17,50; mitad ciclo 7,80-47,90; fase luteal 2,50-15,10; menopausia 40-138), y los de GLH de 0,70 mUI/ml (VR F. folicular 1,30-9; mitad ciclo 6-65; Fase luteal 0,20-8; menopausia > 10) expresión de una insuficiencia gonadotrófica. La prolactina (PRL) se encontró ligeramente elevada, con un valor de 36,30 ng/ml (VR 2,70-26 ng/ml). El diagnóstico preoperatorio fue de un macroadenoma de hipófisis no funcionante.

Se realizó una resección subtotal por vía transepto-esfenoidal. La cavidad selar estaba ocupada por un tumor rojo grisáceo, homogéneo, de consistencia aumentada, con material necrótico en su interior, adherido a la pared del seno cavernoso, de la cual no se intentó despegar. Tras la cirugía, requirió de una terapia de reemplazo con hidrocortisona 30 mg/d y levotiroxina 0,1 mg/d, con mejoría de los síntomas.

Los cultivos micológicos y de Lowenstein-Jensen (TBC) fueron posteriormente informados como negativos. Los estudios de laboratorio incluyeron niveles séricos de enzima convertidora, VDRL, ANCA, Hudleson y VIH, todos ellos negativos.

La anatomía patológica reveló tejido hipofisario con marcado infiltrado celular, compuesto predominantemente por linfocitos y células plasmáticas, con áreas de necrosis. Estos hallazgos son compatibles con una hipofisitis linfocítica (Fig. 2).

Caso 2. Mujer de 53 años, que acudió al Servicio de Endocrinología en

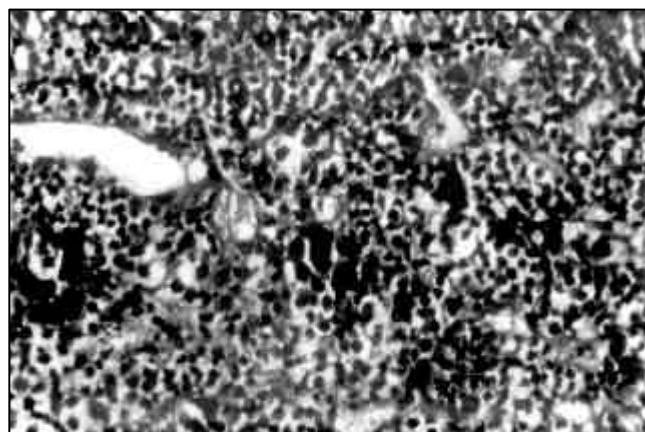


Figura 2. Anatomía patológica que muestra un infiltrado celular compuesto predominantemente por linfocitos y células plasmáticas.

diciembre de 1995 con diagnóstico de adenoma hipofisario. Había comenzado aproximadamente dos meses antes con lagrimeo y secreción serosa nasal, seguida posteriormente de cefalea frontal irradiada a ambos temporales y dolor en región cervical superior y posterior. Seguidamente, comenzó con dolor retroocular izquierdo, temporal y hombro izquierdo, y a los pocos días presentó una ptosis palpebral homolateral. En el examen físico presentaba anestesia de la córnea izquierda con hipoestesia en la primera rama del V par izquierdo y dolor en la segunda y tercera rama, lo cual sugería invasión del seno cavernoso. Se realizó una RM de cráneo sin contraste, que mostró, en la silla turca, la presencia de una masa de 1x1,2x1,5 cm (Fig. 3). Los estudios endocrinológicos preoperatorios mostraron un dosaje de PRL basal de 13 ng/ml, de 22 ng/ml a los 30 minutos y de 15 ng/ml a los 60 minutos (coeficiente R de 1,2, VR > 2; patológico < 2; límite entre 1-2). Una prueba de TRH mostró niveles de TSH basal de 0,3 µU/ml (VR 0-4 µU/ml), de 1,5 µU/ml a los 30 minutos (VR hasta 25 µU/ml) y de 0,90 µU/ml a los 60 minutos (VR hasta 20 µU/ml). Los valores de T4 fueron de 4,8 µg% (VR 4,5-12,5 µg%). El cortisol plasmático basal fue de 11 ng/ml (VR 70-250 ng/ml). El dosaje de FSH y LH en una prueba de LH-RH mostró los siguientes hallazgos:

- FSH basal: 52 mUI/ml
- FSH 30 minutos: 143 mUI/ml
- FSH 60 minutos: 185 mUI/ml
- LH basal: 13,8 mUI/ml



Figura 3. RM craneal sin contraste que muestra una masa a nivel de la silla turca con engrosamiento del tallo hipofisario; a) Corte sagital; b) Corte coronal.

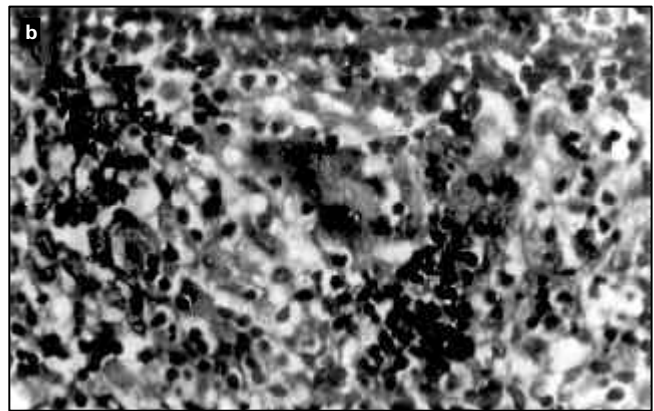
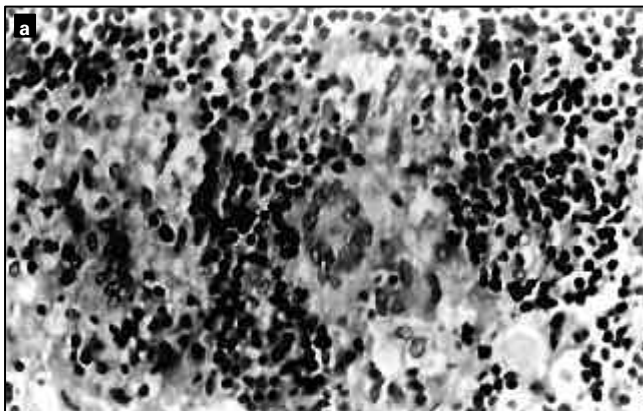


Figura 4. Anatomía patológica con acúmulos linfoides con granulomas formados por células epitelioides y células gigantes tipo Langhans.

—LH 30 minutos: 22,1 mUI/ml
—LH 60 minutos: 15,6 mUI/ml

El diagnóstico prequirúrgico fue el de un probable compromiso parcial inicial de la función anterohipofisaria, sobre todo del eje TRH-TSH-T4 y del LHRH-LH; los valores bajos de cortisol podrían deberse en parte a una supresión del ACTH por un duodecadrón recibido por la paciente. Se realizó una campimetría visual computarizada que fue normal.

La paciente fue operada por vía subfrontal derecha. Al abrir el diafragma selar se identificaron dos tejidos: a la derecha, se observó tejido glandular normal, y a la izquierda otro tejido de coloración más oscura. Se realizó biopsia por congelación que mostró un tejido inflamatorio crónico con células gigantes. Se llevó a cabo una extirpación subtotal del tumor y se envió el material tumoral para cultivos micológicos y Lowenstein-Jensen (TBC), que posteriormente se informaron como negativos. Los estudios de laboratorio incluyeron VDRL, dosaje de enzima convertidora, ANCA, serología para *Brucella* y VIH, todos ellos negativos. Se encontró un primer dosaje de anticuerpos antimicrosomales tiroideos positivos de 1/100 que en un segundo dosaje, seis meses después, fue negativo.

La anatomía patológica mostró varios fragmentos de acúmulos linfoides con granulomas formados por células epitelioides y células gigantes de tipo Langhans. La técnica de PAS y el Ziehl-Neelsen fueron negativas, hallazgos compatibles con hipofisitis granulomatosa (Fig. 4).

La paciente requirió, tras la cirugía, terapia hormonal de reemplazo, sin que se observaran recidivas en los controles posteriores con RM.

DISCUSIÓN

Los tumores inflamatorios pituitarios son enfermedades sumamente raras. En una serie de casos publicada representaron solamente el 0,38% de las cirugías por tumores hipofisarios [7]. De acuerdo con nuestra revisión, realizada por MEDLINE, se han publicado aproximadamente 65 casos de hipofisitis linfocíticas. Los otros tipos de tumores inflamatorios son las hipofisitis granulomatosas, que representan cerca del 1% de las patologías tumorales hipofisarias [8], y suelen ser secundarias a enfermedades granulomatosas como tuberculosis, sarcoidosis, infecciones micóticas o sífilis. A pesar de ello, existe un pequeño grupo de pacientes en los cuales no existe evidencia, ni histológica ni sistémica, de enfermedad granulomatosa, con lo que su etiología permanece sin determinar. En ausencia de causa conocida, la sarcoidosis es un diagnóstico de exclusión en todas las patologías granulomatosas. No existe, hasta el momento, ningún análisis

definitivo que sea específico para esta enfermedad. El dosaje de enzima convertidora de angiotensina ayuda poco al diagnóstico, debido a su baja especificidad [9].

La presencia de cefalea, con una disfunción hipofisaria de grado variable durante el embarazo o en los primeros 14 a 16 meses posparto, es la principal manifestación clínica en estos pacientes, siendo la presunción diagnóstica de adenoma no funcionante la más frecuente. En nuestras dos pacientes, el síntoma de comienzo fue una cefalea inespecífica en pacientes mayores (edad muy superior a la habitualmente comunicada [5]), con una alteración en la función hipofisaria sin ninguna expresión clínica asociada, con un probable compromiso parcial del III par craneal en la segunda paciente. Se han descrito pocos casos en mujeres, independientes del embarazo, así como en varones.

Los hallazgos más característicos en RM son una extensión a lo largo del hipotálamo basal y el aumento del tamaño del tallo pituitario. Las imágenes por RM también suelen mostrar una hipófisis de tamaño aumentado, isoíntensa de manera homogénea en las secuencias de T₁, que puede ser hiper o isoíntensa en T₂ [5]. El marcado realce con el material de contraste, tanto en la RM como en la TAC, parece ser un hallazgo típico de las lesiones inflamatorias de la hipófisis [7], pero no es útil para el diagnóstico diferencial ya que no es un hallazgo patognomónico. El realce 'en anillo' es consistente con la presencia de tejido necrótico en el centro de la lesión. También es frecuente en estas lesiones el realce triangular de la lesión y del diafragma selar. Dado que no se realizó inyección de contraste en los estudios de nuestras pacientes, no podemos obtener conclusiones al respecto.

Histológicamente, la hipofisitis linfocítica se caracteriza por una infiltración difusa de la glándula hipófisis, con linfocitos y células plasmáticas [10]. En la hipofisitis granulomatosa, suelen encontrarse agregados nodulares de células gigantes multinucleadas, histiocitos y un extenso infiltrado de linfocitos y células plasmáticas [8]. Estos hallazgos son los que encontramos en nuestras dos pacientes; además, en la primera paciente apreciamos algunos focos de necrosis.

En 1984, McKeel encontró semejanzas ultraestructurales entre las hipofisitis linfocíticas y las granulomatosas, y sugirió que ambas entidades podrían ser distintas etapas de un mismo proceso autoinmune [11]. Se han descrito casos en los que coexisten hipofisitis linfocítica con granulomas en un mismo paciente [12].

En las hipofisitis linfocíticas ya ha podido demostrarse una patogénesis autoinmune [13]. Aproximadamente un 30% de éstas coexisten con alguna otra enfermedad autoinmune reconocida [5]. La existencia de linfocitos T citotóxicos en íntimo contacto con las células de la hipófisis anterior en pacientes con hipofisitis linfocítica también sugiere una patogénesis autoinmune para es-

tas patologías [5, 14]. Otra evidencia es que puede ser experimentalmente inducida en ratas por la inyección de tejido pituitario isólogo y homólogo [5, 15].

Excepto en las hipofisitis linfocíticas que ocurren durante el embarazo o en los primeros meses del puerperio, las lesiones inflamatorias no suelen reconocerse como tales antes de la cirugía. El motivo de que estos tumores no sean diagnosticados previamente a la cirugía es la rareza de los mismos. Con el aumento del conocimiento de esta enfermedad, es de esperar que el diagnóstico pueda establecerse con mayor frecuencia antes de la cirugía, para poder así intentar un tratamiento con corticosteroides, el cual, según ciertos estudios, ha resultado útil en algunos pacientes [5, 6].

Hasta el momento, la conducta médica de estos pacientes con tumores hipofisarios inflamatorios, que se presentan como una masa selar, debería incluir una exploración de la región hipofisaria tanto para el diagnóstico histológico de la lesión, como para la descompresión del quiasma óptico (en caso que estuviese afectado). En aquellos casos particulares en los que se sospeche una patología de tipo granulomatosa, es obligatorio realizar una biopsia por congelación, ya que el reconocimiento prematuro de esta enfermedad podría evitar una resección mayor del tejido glandular remanente, lo cual podría empeorar un hipopituitarismo previo [8].

CONCLUSIONES

Existen algunas cuestiones acerca de esta enfermedad que permanecen sin responder, aunque hay algunas certezas que conviene remarcar: 1. Las hipofisitis granulomatosas idiopáticas no suelen estar relacionadas con el embarazo y son más frecuentes en pacientes de más de 40 años, mientras que las hipofisitis linfocíticas son más frecuentes en pacientes más jóvenes. Por esta razón, en toda mujer embarazada o en los primeros 14 a 16 meses del puerperio debería permanecer como diagnóstico diferencial de toda tumoración ubicada en la región selar y/o disfunción pituitaria [15]. 2. En las pacientes jóvenes y en los varones no existe, hasta el momento, ningún dato clínico ni radiológico que nos permita sospechar alguna de estas patologías, con excepción de aquellos casos en los que existiese alguna otra enfermedad sistémica asociada, como sífilis, tuberculosis, sarcoidosis, algunas micosis, etc; 3. En aquellos casos en que se sospeche un proceso granulomatoso hipofisario o una hipofisitis linfocítica, debería llevarse a cabo una biopsia por congelación, ya que el reconocimiento temprano de esta patología podría evitar una resección mayor del tejido pituitario que podría finalizar en un déficit funcional mayor al previo. Se ha propuesto el tratamiento con corticosteroides, pero aún no existen datos suficientes que nos permitan avalar esta terapéutica [5, 16].

BIBLIOGRAFÍA

1. Ourats J, Ushio Y. Epidemiological study of primary intracranial tumours in elderly people. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 63: 116-8.
2. Pollack I. Brain tumors in children. *N Engl J Med* 1994; 331: 1500-7.
3. Wyngaarden JB, Smith LH. Tratado de Medicina Interna de Cecil. 18 ed. México: 1991. p. 1404.
4. Hall W, Luciano M, Doppman J, Patronas N, Oldfield E. Pituitary magnetic resonance imaging in normal human volunteers: occult adenomas in the general population. *Ann Intern Med* 1994; 120: 817-20.
5. Cosman F, Post K, Holub D, Wardlaw S. Lymphocytic hypophysitis. Report of 3 new cases and review of the literature. *Medicine* 1989; 68: 240-56.
6. Hassoun P, Anayssi E, Salti I. A case of granulomatous hypophysitis with hypopituitarism and minimal pituitary enlargement. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985; 48: 949-51.
7. Honegger J, Fahlbusch R, Bornemann A, Hensen J, Buchfelder M, Muller M, et al. Lymphocytic and granulomatous hypophysitis: experience with nine cases. *Neurosurgery*; 4: 713-23.
8. Scanarini M, D'Avella D, Rotilio A, Kitromilis N, Mingrino S. Giant-cell granulomatous hypophysitis: a distinct clinicopathological entity. *J Neurosurg* 1989; 71: 681-6.
9. Newman L, Rose C, Maier L. Sarcoidosis. *N Engl J Med* 1997; 336: 1224-34.
10. Nussbaum C, Okawara S, Jacobs L. Lymphocytic hypophysitis with involvement of the cavernous sinus and hypothalamus. *Neurosurgery* 1991; 28: 440-4.
11. McKeel D. Primary hypothyroidism and hypopituitarism in a young woman. *Am J Med* 1984; 77: 319-30.
12. Miyamoto M, Sugawa H, Mori T, Hashimoto N, Imura H. A case of hypopituitarism due to granulomatous and lymphocytic adenohypophysitis with minimal pituitary enlargement: a possible variant of lymphocytic adenohypophysitis. *Endocrinol Jpn* 1988; 35: 607-16.

13. Bottazzo G, Doniach D. Pituitary autoimmunity: a review. *J R Soc Med* 1978; 71: 433-6.
14. Asa L, Bilbao J, Kovacs K, Josse R, Kreines K. Lymphocytic hypophysitis of pregnancy resulting in hypopituitarism: a distinct clinico-pathologic entity. *Ann Intern Med* 1981; 95: 166-71.

HIPOFISITIS IDIOPÁTICA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Resumen. Introducción. Los tumores inflamatorios de hipófisis son una causa rara de hipopituitarismo. La cefalea es el motivo de consulta habitual. Es más frecuente en mujeres embarazadas y en el posparto inmediato. En la anatomía patológica puede observarse un infiltrado inflamatorio linfocitario o granulomas con células gigantes (estos últimos pueden acompañar una enfermedad sistémica infecciosa o autoinmune asociada). Casos clínicos. Presentamos dos pacientes de sexo femenino de edad avanzada, sin patología infecciosa ni autoinmune asociada, cuyas imágenes obtenidas por RM mostraban anomalías sugestivas de adenoma hipofisario. Ambas presentaron un cuadro clínico sospechoso de lesión expansiva intracraneana (cefaleas de intensidad progresivas, con compromiso parcial del III par izquierdo en la segunda de ellas) observándose una disfunción hormonal subclínica evidenciada por laboratorio. Se realizó cirugía de exéresis tumoral en las dos pacientes observándose una hipofisitis granulomatosa en la primera y una hipofisitis linfocítica en la segunda. Conclusión. Los tumores inflamatorios de hipofisitis deberían considerarse como diagnóstico diferencial preoperatorio de todo tumor hipofisario sin disfunción hormonal importante asociada, sobre todo en mujeres y más aún en embarazadas o durante el puerperio, teniendo en cuenta que la cirugía de resección tumoral puede agravar una disfunción hipofisaria subclínica hasta ese momento [*REV NEUROL* 1999; 29: 1175-9].

Palabras clave. Adenoma hipofisario. Cefalea. Cirugía. Hipófisis. Hipofisitis granulomatosa. Hipofisitis linfocítica. Hipopituitarismo.

15. Bitton R, Slavin M, Decker R, Zito J, Schneider B. The course of lymphocytic hypophysitis. *Surg Neurol* 1991; 36: 40-43.
16. Lee J, Laws E, Guthrie B, Dina T, Nochomovitz LE. Lymphocytic hypophysitis: occurrence in two men. *Neurosurgery* 1994; 34: 159-63.

HIPOFISITE IDIOPÁTICA EM DOENTES COM IDADE AVANÇADA. APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

Resumo. Introdução. Os tumores inflamatórios da hipófise são uma causa rara de hipopituitarismo. A cefaleia é a causa habitual de consulta. É mais frequente em mulheres grávidas e no pós-parto imediato. Na anatomia patológica pode-se observar um infiltrado inflamatório linfocitário ou granulomas de células gigantes (estes últimos podem acompanhar uma doença sistémica infecciosa ou auto-imune associada). Casos clínicos. Apresentamos dois doentes de sexo feminino de idade avançada, sem patologia infecciosa nem auto-imune associada, cujas imagens mostradas por RM mostravam alterações sugestivas de adenoma hipofisário. Ambas apresentaram um quadro clínico suspeito de lesão expansiva intracraniana (cefaleias de intensidade progressiva, com compromisso parcial do III par esquerdo na segunda das doentes) observando-se uma disfunção hormonal sub-clínica evidenciada laboratorialmente. Realizou-se cirurgia de exérese tumoral nas duas doentes observando-se hipofisite granulomatosa na primeira e hipofisite linfocítica na segunda. Conclusão. Os tumores inflamatórios da hipófise deveriam ser considerados como diagnóstico diferencial pré-operatório de todo o tumor hipofisário sem disfunção hormonal importante associada. Sobretudo em mulheres e mais ainda em grávidas ou puerperas, tendo em conta que a cirurgia de ressecção pode agravar um quadro de disfunção hipofisária, sub-clínica até então [*REV NEUROL* 1999; 29: 1175-9].

Palavras chave. Adenoma hipofisário. Cefaleia. Cirurgia. Hipófise. Hipofisite granulomatosa. Hipofisite linfocítica. Hipopituitarismo.