

## PATOLOGÍA DE LA PITUITARIA

### *Estudio Clínico*

En la patología de la hipófisis, se encuentra en la actualidad un gran número de síndromes subordinados todos ellos, ya a la hipertrofia de la glándula, o ya a la insuficiencia de sus secreciones. Muchos de los mismos han sido descritos hace algún tiempo, pero otros hasta hace muy poco han sido interpretados como dependientes de alteraciones de la pituitaria, viniendo por consiguiente a esclarecer - así, la patogenia de algunas afecciones antes oscuras. Los progresos en estos conocimientos se deben en primer término a los experimentos en animales efectuados por un gran número de fisiólogos. La literatura médica sobre síndromes pituitarios se ha enriquecido considerablemente.

Un gran número de casos en que la pituitaria ha intervenido, desempeñando un papel etiológico, fueron descritos por Harvey-Cushing.

La evolución de muchas afecciones del cuerpo pituitario es la siguiente: al principio hay aumento o hipertrofia del lóbulo anterior, apreciables por manifestaciones de exageración funcional (hiperpituitarismo). Después de algún tiempo por lo de experimenta compresiones locales, que es el origen de los diversos vicios de conformación, anomalías y monstruosidades. En el *esquistosomas*, la pared abdominal anterior es delgada y transparente, puede romperse

más variable, sobrevienen alteraciones del órgano hipertrofiado, de lo que resulta la disminución progresiva del órgano (apituitarismo). La hipertrofia en su principio se reconoce por la disminución del campo visual, causada por la compresión que ejerce la glándula hipertrofiada sobre el quiasma de los nervios ópticos. En los casos en que la pérdida de la visión es completa, ésta no depende de la destrucción de las fibras del nervio óptico, pues se ha observado, con suma frecuencia que después de la extirpación de la glándula, o de otra operación que tienda a disminuir la compresión ejercida por la misma, el enfermo recobra rápidamente la vista.

Atendiendo a la evolución de los trastornos de la hipófisis sus síndromes se clasifican:

- a). Estados distróficos que comprenden: 1? La acromegalia, 2? el gigantismo. 3? El infantilismo hipofisario.
- b). Trastornos generales de la nutrición, que comprenden: 1? síndrome adiposo genital. 2? La diabetes hipofisaria. 3? La caquexia hipofisaria o enfermedad de Simonds.
- c).—Trastornos generales y lo-

durante el parto (como en este caso), y las visceras quedan entonces al descubierto."

Olanchito, 29 de mayo de 1937.

*Dr. Pompilio Romero.*

cales producidos por: 19 Adenoma Basófilo o enfermedad de Cushing. 2°—Tumores de la Hipófisis.

*ACROMEGALIA* Pedro Marie describió en 1886 esta afección como una hipertrofia especial no congénita de las extremidades superiores e inferiores y de la cabeza, su discípulo Sonza-Lute cuatro años después, demostró que estaba en relación con lesiones de la hipófisis.

*Síntomas.*—El aspecto general del acromegálico es tan típico que su diagnóstico se hace a la simple inspección del enfermo.

La cara está aumentada en altura y toma la forma de un óvalo alargado. La frente es baja. Los arcos de las cejas son salientes y hace que los ojos aparezcan pequeños. La nariz se encuentra aumentada en todos sus diámetros y se hace enorme. Los pómulos son prominentes, mientras que las mejillas son aplastadas. Las orejas son extremadamente largas. Los labios, con especialidad el inferior, se encuentran gruesos, voluminosos y a veces invertidos en ectropion. La lengua es partícipe de la hipertrofia general: es larga y ancha y a veces está tan engrosada que con dificultad cabe en la boca y dificulta en gran manera la deglución. El desarrollo sumamente exagerado de todo el maxilar inferior determina un prognatismo muy marcado. El mentón prominente acaba de deformar la cara.

En cambio el cráneo sufre menores modificaciones. El diámetro anteroposterior está ligera-

mente aumentado. Las crestas óseas son salientes a la palpación, a lo largo de las suturas. La protuberancia occipital externa es voluminosa. La sutura, postlamboidea está exagerada. El examen radiológico demuestra el engrasamiento irregular de los huesos del cráneo, con aspecto moniliforme, debido a la falta de paralelismo de las tablas interna y externa; se aprecia un desarrollo exagerado en altura y profundidad de los senos frontales y maxilares lo que explica la prominencia de los arcos superficiales, de los pómulos y de la sutura postlamboidea. El síndrome radiológico de la craneomegalia es completa por aumento de volumen de la silla turca.

En los miembros superiores, mientras que los brazos y los antebrazos, tienen el volumen normal, la muñeca presenta cierto grado de hipertrofia y las manos son asiento de deformidades características. Son anchas y gruesas y presentan la forma de una pala o de un batidor. El desarrollo predomina en anchura y espesor, interesando tanto el esqueleto como las partes blandas de la región hipotenar y del cubital en especial. La mano aparece como acolchada. Los dedos se encuentran acortados, gruesos, con sus extremidades cuadradas y muy voluminosas tanto en las puntas como en su base. Las uñas están aplastadas más bien que ensanchadas pero cortas y apenas cubren la cara dorsal de la última falange y se encuentran estriadas longitudinalmente. Al lado de este tipo de deformidad en "anchura,"

Pedro Marie describe un tipo en longitud en que la mano es más larga y menos gruesa, tipo que se observa principalmente en las acromegalias de comienzo precoz.

Los miembros inferiores presentan deformidades análogas. Los muslos y las piernas conservan sus dimensiones, las gargantas de los pies están ligeramente engrosadas por la prominencia de los maleólos, los pies están aumentados de volumen, ensanchados y engrosados desde los talones hasta los dedos.

Las deformidades del tórax son menos constantes. Sin embargo los acromegálicos presentan muchas veces cifosis cervicodorsal, y a veces es tan marcada que el cuello parece hundido en los hombros, encontrándose al mismo tiempo una ligera escoliosis.

Existen otras deformidades de menor importancia, ya que no son constantes ni características. La laringe es a veces voluminosa y saliente; la voz adquiere un timbre ronco y grave. El pene puede estar aumentado de volumen. En la mujer, los órganos genitales pueden estar más o menos engrosados.

Además de las modificaciones del esqueleto aparecen otros síntomas; la piel se encuentra seca y se espesa, las glándulas cutáneas aumentan su actividad, los pelos crecen de manera anormal en todo el cuerpo (hipertrichosis).

Los trastornos genitales son habituales. Encuétrase en el hombre con suma frecuencia la frigidez, muchas veces se atrofia los testículos.

En las mujeres las reglas disminuyen o desaparecen, este es uno de los principales síntomas y va acompañado de atrofia uterina, acarreado de ordinario la esterilidad.

A la acromegalia se asocia corrientemente una esplenomegalia notable del corazón, del hígado y del bazo. No es raro encontrar otros trastornos hipofisarios tales como la glucosuria y la diabetes insípida.

#### *Formas Clínicas*

*Formas Amiotróficas.* — Algunas acromegalias se complican con atrofia muscular.

*Formas Dolorosas.* — Con neuralgias diversas, intercostales o ciáticas.

*Formas Frustradas.* — En que las lesiones del esqueleto son menos marcadas.

*Formas Asociadas.* — A otros síndromes endocrinos (insuficiencia tiroidea por ejemplo).

*Comienzo.* — En la mayoría de los casos esta enfermedad comienza entre los 25 a 35 años de manera muy insidiosa. En la mayoría de los casos los enfermos, se sorprenden del aumento progresivo del número del sombrero, de los guantes o del calzado, o bien son sus allegados los que notan deformidades en su cara.

Se ha señalado acromegalias precoces que comienzan antes de los 15 años con o sin soldadura de sus epífisis.

*Evolución.* — Por lo general la evolución es muy lenta, pero progresiva, entre cortada por periodos de detección. Puede que la hipertrofia permanezca

estacionaria durante muchos años, sin ningún otro trastorno de salud; la enfermedad puede durar 20 y 30 años. En otros casos la evolución es más rápida y los enfermos sucumben en 3 o 4 años con signos de tumor cerebral o un estado de adelgazamiento y de desnutrición comparable a la caquexia hipofisaria.

*Diagnóstico.* — El diagnóstico de acromegalia es siempre muy fácil, cuando en un enfermo se encuentran *las* deformidades óseas tan características y los signos de tumor de la hipófisis que ordinariamente las acompañan.

*Anatomía Patológica.* — En la inmensa mayoría de los acromegálicos al practicar la autopsia se encuentran tumores desarrollados a expensas del lóbulo anterior de la hipófisis. La glándula puede alcanzar un peso de 3 a 30 gramos adquiriendo volumen considerable.

Histológicamente, este tumor está constituido por un adenoma y hasta según opinión de algunos autores por adenoma de tipo especial, con células eosinófilas capaz de esclerosarse ulteriormente o de sufrir una alteración maligna (adeno-sarcoma, epiteloma).

■ Las lesiones del esqueleto están constituidas por una hiperplasia ósea periférica intensa con reabsorción central.

*Patogenia.* — La acromegalia junto con el gigantismo son síndromes cuyo origen pituitario es hoy día comúnmente admitido. Roussy dice: "únicamente los tumores del lóbulo anterior pueden producir la

La acromegalia sería el resultado, no de la simple hiperfunción de la glándula, sino de una función desviada por la neoplasia, en una palabra, de una verdadera disfunción. Para explicar la posibilidad de existencia de tumores sin acromegalia, se ha creído que podía existir en la hipófisis además de la neoplasia, zonas indemnes o hasta hiperplasiadas.

Otros autores fundándose en la presencia de estas mismas particularidades anatómicas, de tumores con acromegalia, creen que el desarrollo del síndrome de P. Marie depende ante todo de la naturaleza del tumor.

*Tratamiento.* — En la acromegalia el tratamiento opoterápico a menudo no produce ningún resultado, además su empleo parece ilógico en una afección que probablemente es debido a una hiperfunción glandular. A pesar de todo, algunos autores han conseguido una atenuación de la cefalea, pero en 3a mayoría de los casos se ha señalado un aumento de todos los trastornos y hasta verdaderos brotes osteogénicos.

La radioterapia, por irradiaciones de la hipófisis por vía fronto-temporal ha dado algunas veces excelentes resultados, detención del crecimiento de las extremidades, reaparición de las funciones genitales y principalmente mejoría de los trastornos visuales, si ha comenzado el tratamiento precozmente antes de la fase de atrofia óptica.

Este tratamiento tiene sus ventajas y desventajas, y no me detendré en estos pormenores

pósito del tratamiento de los tumores de hipófisis; lo mismo que respecto al tratamiento quirúrgico.

### **GIGANTISMO**

Se designa con el nombre de gigantismo el síndrome observado en un individuo cuya talla es superior a la de los demás de su especie o de su raza y que presenta a la vez varias anomalías morfológicas y funcionales.

*Caracteres Generales.*—En general los gigantes tienen una talla de más de dos metros. Esta cifra no es absoluta. Tallas que oscilan entre 1.80 y 1.90 metros pueden considerarse como patológicas en relación con las tablas de los demás individuos de la familia.

El gigantismo se caracteriza no tanto por la altura de su talla como por la desproporción entre los segmentos del cuerpo.

Entre los gigantes algunos presentan un alargamiento excesivo de los miembros inferiores, tienen el aspecto de aves zancudas. Son del tipo macrosquélico de Manouvier. Otros tienen los miembros superiores muy largos con relación al busto y se les denomina "musios cortos." Son del tipo braquisquélico.

A los gigantes se les atribuye una fuerza muscular excesiva pero en realidad son seres débiles. Su vigor si existe es muy pasajero y pronto esos individuos asteniados se arrastran con dificultad no pudiendo andar que apoyados sobre un bastón. Los gigantes son individuos sin energías, débiles tanto del cuer-

po como del espíritu, su inteligencia es muy mediocre. Los más frecuentes son impotentes y estériles.

*Formas Clínicas.* — Esta enfermedad afecta dos tipos bien individualizados aunque entre sí. tengan muchos puntos de contacto.

*El Gigantismo Acromegálico.* — Está caracterizado por una deformidad progresiva del raquis, de tal forma que el segmento inferior del cuerpo parece "Enchufarse" en el segmento superior y, que el tronco gana en anchura lo que pierde en altura. Estos enfermos presentan varias deformidades típicas de la acromegalia; la cara se alarga, los pómulos son prominentes, la nariz aumenta de volumen, el mentón se inclina hacia adelante y las manos y los pies se hacen enormes. Sin embargo la hipertrofia de las extremidades difiere un poco de la acromegalia pura. Los dedos no tienen el aspecto amorcillado ya que su desarrollo se efectúa más en longitud que en anchura. La radiografía muestra la ausencia de la soldadura de los cartílagos.

*Gigantismo Infantil.* — Se caracteriza por el alargamiento de los miembros inferiores acompañados frecuentemente de genu valgum, permaneciendo normales la cabeza y el tronco, así como las extremidades.

A estas modificaciones del esqueleto se añaden signos de infantilismo, los órganos genitales conservan las dimensiones propias de la infancia, no aparecen pelos en los sitios de rigor, la voz continúa aguda y el carácter es infantil. Algunos enfermos in-

cluso tienen formas femeninas; las mamas ligeramente desarrolladas, la pelvis ensanchada. Los cartílagos de conjunción persisten, después de la edad adulta y la epífisis no se suelda a la diálisis.

Estos individuos presentan a veces un verdadero tipo eunucoide, lo que ha venido a suscitar discusiones sobre la correlación de la hipófisis con la insuficiencia genital.

En el gigantismo infantil puede en un momento dado sobrevenir deformidades acromegálicas. Ambos tipos se combinan y en un mismo individuo el gigantismo infantil, puede transformarse progresivamente en gigantismo acromegálico.

*Gigantismo Puro.* — El desarrollo exagerado del esqueleto sería entonces compatible con una salud excelente y un vigor físico notable.

En tanto que los gigantes son individuos anormal-es, este último tipo comprende gigantes normales, es decir según los zootécnicos hombres hipermétricos.

Si se examina más detenidamente estos individuos llamados normales se ve que, muchas veces tienen inteligencia mediocre, frigidez genital y si llegan a edades avanzadas sus fuerzas declinan rápidamente y aparecen en ellos enfermedades aeromegálicas.

*Evolución.* — El gigantismo se observa habitualmente en el varón. Principia en la pubertad, en el instante en que aumenta la talla y a veces más precozmente durante la infancia. La evolución puede realizarse por brotes. Tan pronto se detiene

en un momento dado y en este caso se denomina definitivo, o bien el crecimiento puede prolongarse hasta llegar a la edad adulta y en este caso se llama progresivo. La mayor parte de estos enfermos mueren jóvenes y apenas pasan de los cuarenta años.

*Diagnóstico.* — Por lo general el diagnóstico no ofrece ninguna dificultad. En algunos casos se puede discutir el origen hipofisario de la afección.

Existen casos de gigantismo con leontiasis ósea o de heredo-sifilítico, en las cuales no se puede vincular la hipófisis en su etiología.

En consecuencia no se puede afirmar que el gigantismo sea siempre de origen hipofisario.

En el niño es conveniente distinguir, del gigantismo verdadero, el desarrollo prematuro del cuerpo, acompañado de aparición precoz de los caracteres genitales secundarios.

Hutinel ha separado los síndromes de distrofia de los adolescentes. Se trata de niños de crecimiento rápido pero poco armónico, en los cuales aparecen deformidades de la columna vertebral o de los miembros. Estos individuos sufren de una fatigabilidad particular. Las extremidades están frías, cianosadas, se quejan de digestiones difíciles, de trastornos nerviosos, cefalea, depresión, palpitaciones. El corazón está algunas veces caído, y el pulso es rápido e hipotenso. No es raro encontrar albuminuria intermitente del tipo ortostático.

*Etiología.* — En la autopsia de los gigantes se ha encontrado de

una manera constante, la presencia de un tumor de la hipófisis. La silla -turca está siempre aumentada de volumen.

Brissaud y Meige, han sostenido que el gigantismo y la acromegalia son dos afecciones que tienen entre sí relaciones íntimas, ya que un gigante puede convertirse en acromegálico. Brissaud considera estos dos estados distróficos como una sola y misma enfermedad que aparece en edades distintas. "El gigantismo es la acromegalia de la adolescencia. La acromegalia es el gigantismo del adulto."

Haría variar la naturaleza de la distrofia, la osificación de los cartílagos de conjunción antes de soldarse, la osteogenesis normal se manifiesta por el crecimiento del hueso en longitud (gigantismo); después de soldarse los cartílagos el crecimiento sólo puede realizarse en anchura (acromegalia).

Las relaciones de la acromegalia y el gigantismo parecen debidas a una hiperplasia y a una hiperfunción del lóbulo anterior de la hipófisis condicionadas por una excitación de la función osteogénica.

Para explicar la exageración de esta función, que produzca estas dos afecciones, se ha invocado una evolución distinta de la hiperplasia celular de la hipófisis. Cuando la proliferación se efectúa según un tipo normal determinaría la aparición del gigantismo; cuando la proliferación se aparta de este tipo produciría la acromegalia. Dicho en otra forma: el gigantismo sería el resultado del hiperpituitarismo y la acromegalia del dispituitarismo. El tratamiento del gigantismo está en estrecha relación con el de la acromegalia.

*Marcial Ochoa.*

*{Continuará}.*

---