



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
Faculdade de Medicina da Bahia  
Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos  
Comissão de Residência Médica  
Salvador, Bahia, Brasil



---

## **Monografia de Conclusão de Programa de Residência Médica em Endocrinologia Pediátrica**

Juliane Moreira Ferreira

### **PROLACTINOMA GIGANTE: RELATO DE CASO**

Salvador, Bahia (2024)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
Faculdade de Medicina da Bahia  
Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos  
Comissão de Residência Médica  
Salvador, Bahia, Brasil



## PROLACTINOMA GIGANTE: RELATO DE CASO

Juliane Moreira Ferreira

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Endocrinologia Pediátrica do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (C-HUPES), como requisito parcial para obtenção do certificado de área de atuação em Endocrinologia Pediátrica.

**Professor orientador:** Dr. Crésio de Aragão Dantas Alves.

**Coorientadora:** Dra. Renata Villas Boas Andrade Lima

Salvador - Bahia (2024)

## **AGRADECIMENTOS**

Chegar ao final de mais uma etapa tão importante da minha formação profissional é um momento de profunda emoção e gratidão. Ao longo desses anos de residência em endocrinologia pediátrica, vivenciei inúmeros desafios, aprendi além do que imaginava ser possível e confirmei, com convicção, a certeza da minha escolha.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que foi minha fortaleza em todos os momentos. Sua presença me deu força nos dias difíceis, serenidade nas decisões e ânimo para seguir em frente mesmo diante das maiores adversidades.

Sou profundamente grata ao meu coordenador, Dr. Crésio, que sempre foi uma grande inspiração para mim e para todos os residentes que têm o privilégio de trabalhar ao seu lado. Sua dedicação e vasto conhecimento são exemplos que levarei para toda a minha carreira.

Agradeço também às minhas queridas preceptoras: Dra. Júlia Constança, Dra. Mônica Rodrigues, Dra. Renata Arruti, Dra. Renata Lima e Dra. Zilda Braid. Vocês foram verdadeiras mentoras durante essa caminhada, compartilhando não apenas conhecimento, mas também palavras de incentivo, conselhos valiosos e ensinamentos que ultrapassam as paredes do consultório. Sem vocês, essa trajetória teria sido muito mais árdua.

Ao meu namorado, Celso, deixo meu mais sincero agradecimento. Você foi meu porto seguro, minha motivação e meu maior apoiador em todas as fases dessa jornada. Sua paciência e compreensão foram fundamentais para que eu conseguisse me dedicar plenamente à residência.

À minha colega Amanda, minha grande parceira durante toda a residência, obrigada por estar ao meu lado em cada plantão, cada desafio e cada conquista. A nossa amizade e parceria tornaram tudo mais leve e enriquecedor. Dividir os desafios e as conquistas com você foi um privilégio, e sei que nossa amizade seguirá para além desta etapa.

Também não poderia deixar de mencionar meus colegas já formados, Camila e Gabriel, que estiveram comigo no início dessa caminhada. Vocês tornaram os primeiros passos mais tranquilos, acolheram-me com generosidade e me ajudaram a me adaptar a esse novo universo.

Agradeço, com todo o meu coração, à minha mãe, que sempre foi o meu alicerce. Sem o seu apoio, amor incondicional e presença constante, eu jamais teria chegado até aqui. Você me deu forças nos momentos em que eu pensei em desistir e comemorou comigo cada pequena vitória.

Por fim, à minha família como um todo, que sempre esteve presente com palavras de incentivo, carinho e compreensão, meu eterno agradecimento. Vocês são a base que me sustenta e me dá forças para continuar buscando os meus sonhos.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que este momento fosse possível, o meu mais sincero e profundo obrigado. Essa conquista é minha, mas também é de vocês.

## EPÍGRAFE

“Não é o que você faz, mas quanto amor você coloca naquilo que faz que realmente importa.”

Madre Teresa de Calcutá

## RESUMO

**Objetivo:** Relatar o caso clínico de um adolescente com prolactinoma gigante, diagnosticado no serviço de endocrinologia pediátrica de um hospital público universitário em Salvador - Bahia. **Descrição do caso:** Adolescente masculino, 14 anos, com cefaleia de frequência e intensidade progressivas e visão turva há 2 anos, evoluindo com amaurose súbita em olho direito, associada a interrupção da progressão puberal. Ao exame físico apresentava estrabismo à direita e ptose palpebral à esquerda, estágio puberal de Tanner G2P2 e micropênis. Ressonância magnética (RM) de hipófise-hipotálamo evidenciou lesão expansiva sólido-cística em região selar e suprasselar, com compressão de quiasma óptico, medindo 4,0x4,2x3,0 cm. Exames laboratoriais evidenciaram hiperprolactinemia [ $>470$  ng/dL(4,04-15,2)] e hipotireoidismo central [T4L: 0,811 ng/dL (0,93-1,71); TSH: 2,08  $\mu$ UI/mL (0,27-4,2)]. Devido a suspeita diagnóstica de craniofaringioma, foi submetido a ressecção cirúrgica parcial do tumor que apresentava aspecto macroscópico de adenoma hipofisário. Exames pós-operatórios mostraram hipopituitarismo (deficiência de LH, FSH, ACTH e TSH) com hiperprolactinemia acentuada [prolactina diluída: 3.598 ng/mL (4,04-15,2)]. Estudos anatomopatológico e imunohistoquímico comprovaram o prolactinoma, sendo iniciado tratamento com cabergolina. Após 1 ano e 3 meses do início do tratamento, houve redução dos níveis de prolactina para 18,11 ng/mL (1,6-16,6) e do prolactinoma para 0,8x0,6 cm. **Discussão:** Os prolactinomas tem baixa prevalência na pediatria, porém são mais invasivos e surgem, geralmente, durante a puberdade. Manifestações clínicas comuns são cefaleia, distúrbio visual, galactorreia e atraso puberal, relacionadas ao efeito de massa da lesão ou secundários à hiperprolactinemia. A RM de hipófise-hipotálamo é o exame de imagem padrão-ouro para diagnóstico e acompanhamento, associado à dosagem de prolactina. Esta é diretamente proporcional ao tamanho tumoral, sendo  $>200$  ng/dL nos macroprolactinomas. Agonistas dopaminérgicos são primeira escolha de tratamento, sendo a intervenção cirúrgica necessária em emergências neurológicas ou na ausência de resposta ao tratamento medicamentoso. **Conclusão:** os prolactinomas são tumores que apresentam sinais e sintomas de evolução insidiosa. A investigação cuidadosa de cefaleia em jovens, aliada a exames, é essencial. O tratamento com agonista dopaminérgico geralmente é eficaz em reduzir o tumor e o nível de prolactina.

**Palavras-chave:** Prolactinoma; prolactinoma gigante; macroprolactinoma.

## ABSTRACT

**Objective:** To report the clinical case of an adolescent with a giant prolactinoma, diagnosed at the pediatric endocrinology service of a public university hospital in Salvador, Bahia. **Case report:** A 14-year-old male adolescent presented with progressively worsening headaches and blurred vision for 2 years, culminating in sudden amaurosis in the right eye, associated with the interruption of pubertal progression. Physical examination revealed right strabismus and left eyelid ptosis, Tanner stage G2P2, and micropenis. Magnetic resonance imaging (MRI) of the pituitary-hypothalamus showed a solid-cystic expansive lesion in the sellar and suprasellar region, compressing the optic chiasm, measuring 4.0 x 4.2 x 3.0 cm. Laboratory evaluation showed hyperprolactinemia [ $>470$  ng/dL (4.04-15.2)] and central hypothyroidism [Free T4: 0.811 ng/dL (0.93-1.71); TSH: 2.08  $\mu$ UI/mL (0.27-4.2)]. Due to a suspected diagnosis of craniopharyngioma, he underwent neurosurgery and partial resection of the tumor, which had a macroscopic appearance of a pituitary adenoma. Post-operative examinations revealed hypopituitarism (deficiency of LH, FSH, ACTH, and TSH) with markedly elevated hyperprolactinemia [diluted prolactin: 3,598 ng/mL (4.04-15.2)]. Anatomopathological and immunohistochemical studies confirmed the prolactinoma, and treatment with cabergoline was initiated. After 1 year and 3 months of treatment, prolactin levels decreased to 18.11 ng/mL (1.6-16.6) and the prolactinoma reduced to 0.8 x 0.6 cm. **Discussion:** Prolactinomas have low prevalence in pediatrics but are more invasive and typically arise during puberty. Common clinical manifestations include headaches, visual disturbances, galactorrhea, and pubertal delay, related to the mass effect of the lesion or secondary to hyperprolactinemia. MRI of the pituitary-hypothalamus is the gold standard imaging study for diagnosis and monitoring, associated with prolactin level measurement. This is directly proportional to tumor size, being  $>200$  ng/dL in macroprolactinomas. Dopaminergic agonists are the first-line treatment, with surgical intervention necessary in neurological emergencies or in the absence of response to medical treatment. **Conclusion:** Prolactinomas are tumors that present signs and symptoms over an extended period; therefore, careful investigation of headaches in young individuals, along with appropriate testing, is essential. Treatment with a dopaminergic agonist is generally effective in reducing both the tumor and prolactin levels.

**Keywords:** Prolactinoma; giant prolactinoma; macroprolactinoma.

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	Pág 9.
2. Relato de caso.....	Pág 11.
3. Discussão.....	Pág 13.
4. Conclusão .....	Pág 17.
5. Referências.....	Pág 18.
6. Anexos.....	Pág 20.



## INTRODUÇÃO

Os prolactinomas ou adenomas pituitários lactotrofos são os tumores benignos mais prevalente da hipófise, correspondendo a cerca de 50% dos adenomas pituitários.<sup>1</sup> São de ocorrência rara na pediatria, com prevalência de aproximadamente 3% dos tumores cerebrais nesta faixa etária.<sup>2</sup>

Na idade adulta, o microprolactinoma (diâmetro < 1 cm) é mais frequente, acometendo, em sua maioria, mulheres em idade reprodutiva e, geralmente, não é funcionante.<sup>2</sup> Na infância e adolescência, o macroprolactinoma (diâmetro ≥ 1 cm) é mais prevalente, sendo mais agressivo, mais sintomático e com maior capacidade proliferativa.<sup>3</sup> Os prolactinomas gigantes (diâmetro ≥ 4 cm) são tumores raros, correspondendo a 2 a 4% dos prolactinomas,<sup>4</sup> com uma prevalência de 9:1 no sexo masculino.<sup>3</sup>

Os níveis séricos de prolactina são diretamente proporcionais ao tamanho do tumor, podendo estar abaixo de 200 ng/mL em tumores menores que 1 cm, 200 a 1.000 ng/mL, nos que medem de 1 a 2 cm e, maior que 1.000 ng/mL em tumores maiores que 2 cm.<sup>5</sup>

Os principais sinais e sintomas associados ao prolactinoma são devidos aos efeitos de massa do tumor ou à hiperprolactinemia. O efeito de massa manifesta-se clinicamente por cefaleia, alterações visuais, paralisia dos nervos cranianos, convulsões e hidrocefalia, enquanto a hiperprolactinemia pode causar atraso puberal, déficit de crescimento, galactorreia, irregularidade menstrual, amenorreia, perda de libido, disfunção erétil e infertilidade.<sup>5</sup> Outras causas de hiperprolactinemia devem ser afastadas como: uso de medicações, hipotireoidismo, falência renal, dentre outras.<sup>6</sup> A ressonância nuclear magnética do encéfalo com contraste é o exame de escolha para o diagnóstico do prolactinoma.<sup>7</sup>

A terapêutica inicial consiste no uso de agonistas dopaminérgicos, como a bromocriptina e cabergolina, independentemente do tamanho do tumor, inclusive nos casos dos prolactinomas gigantes.<sup>7</sup> Apesar disso, no tratamento em pacientes assintomáticos, o acompanhamento pode ser expectante.<sup>6</sup> A ressecção cirúrgica deve ser considerada em pacientes com intolerância às

medicações utilizadas ou que a dose máxima não foi suficiente para redução do volume do tumor.<sup>7</sup>

Devido à raridade da ocorrência dos macroprolactinomas gigantes, principalmente na faixa etária pediátrica, a descrição deste relato de caso tem como objetivo estimular o raciocínio e mostrar a conduta desde o diagnóstico ao manejo ambulatorial.

## RELATO DE CASO

Adolescente masculino, 14 anos, natural de Vitória de Santo Antão – Pernambuco e procedente de Lauro de Freitas – Bahia, foi internado no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), em Salvador – Bahia, devido a tumor cerebral em região de sela túrcica.

Na idade de 12 anos e 5 meses, iniciou cefaleia holocraniana, associada a escotomas visuais, fotofobia e fonofobia, com aumento progressivo da frequência. Foi avaliado por oftalmologista que diagnosticou glaucoma e iniciou tratamento com colírio Glamigan® (bimatoprost). Após cerca de 1 ano, evoluiu com amaurose e desvio ocular em olho direito, quando foi atendido por neurologista pediátrico que solicitou exames de imagem e laboratoriais. Ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio mostrou “lesão expansiva sólido-cística com conteúdo hemático depositado no seu interior, localizada na região selar, suprasselar, em íntimo contato com os seios cavernosos, envolvendo o seio cavernoso esquerdo, e comprimindo discretamente o unco e giro parahipocampal à esquerda, além do quiasma óptico e nervos ópticos, medindo cerca de 4,0x4,2x3,0 cm” (Figura 1), sendo encaminhado para internamento no HGRS para avaliação com a equipe de neurocirurgia.

Ao exame físico, na idade de 14 anos, a avaliação antropométrica mostrou altura: 158,5 cm (P. 27,44 %; Z-score: - 0,61), peso: 61,5 Kg (P. 80,03 %; Z-score: +0,84) e índice de massa corpórea: 24,5 kg/m<sup>2</sup> (P: 95,47 %; Z-score: +1,65). Apresentava estrabismo à direita e ptose palpebral em olho esquerdo, acantose *nigricans* em nuca, axilas e face interna de coxas. Ao exame de genitália, era G2P2 no estágio puberal de Tanner, com micropênis associado.

O adolescente não tinha comorbidades prévias, além de miopia que foi diagnosticada aos 10 anos de idade. Iniciou pubarca e odor axilar aos 13 anos e, desde então, sem progressão puberal. A genitora negou casos semelhantes na família.

A investigação laboratorial à admissão mostrou prolactina: >470 ng/dL (4,04-15,2), T4L: 0,811 ng/dL (0,93-1,71); TSH: 2,08 uUI/mL (0,27-4,2)], cortisol: 12,48 ug/dL (6,02-18,4), FSH: 3,48 mUI/mL (0,95-11,95); LH: 0,894 mUI/mL

(1,14-8,75), testosterona total: <2,5 ng/dL (249-836), e IGF-1: 201,5 ng/mL (83-519).

Devido à característica sólido-cística da lesão, foi realizada a suspeita diagnóstica inicial de craniofaringioma, sendo o adolescente submetido a neurocirurgia com ressecção parcial do tumor, que apresentava aspecto macroscópico de adenoma hipofisário.

Exames laboratoriais realizados no 6º dia pós operatório (DPO) mostraram: cortisol: 0,739 ug/dl (6,02-18,4); prolactina diluída: 3.598 ng/mL (4,04-15,2); TSH: 1,13 uUI/mL (0,27-4,2); T4L: 0,593 ng/dL (0,93-1,71); FSH: 0,421 mUI/mL (0,95-11,95); LH: <0,100 mUI/mL (1,14-8,75), testosterona total: <2,5 ng/dL (249-836); IGF-1: 91,6 ng/mL (83-519)], além de diabetes insípido central transitório, com necessidade de uso de acetato de desmopressina, intranasal, por 3 dias. No 1º dia de pós-operatório (DPO), foi iniciado o tratamento com hidrocortisona e, após 11 dias, prescrita a reposição com levotiroxina. No 19º DPO, a cabergolina foi iniciada. Durante o internamento, a hidrocortisona foi reduzida gradualmente e modificada para prednisolona em dose fisiológica antes da alta hospitalar. Estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de adenoma de hipófise (Figura 2), com hemorragia intra-tumoral (apoplexia em adenoma da hipófise) e o estudo imuno-histoquímico da lesão mostrou-se positivo para os marcadores Ki-67, com índice de 8% e prolactina, em mais de 90% das células, e negativo para ACTH, FSH, GH, LH e TSH, confirmando, dessa forma, o diagnóstico de prolactinoma.

Durante o acompanhamento ambulatorial, a dose da cabergolina foi ajustada até a dose máxima de 3 mg/semana. Na última consulta, 1 ano e 3 meses após o início da cabergolina, foi iniciada a redução gradual tendo em vista a diminuição do nível de prolactina [(prolactina: 18,11 ng/mL (1,6-16,6)], e a RNM de hipófise e hipotálamo ter mostrado redução das dimensões da lesão para 0,8x0,6 cm. Houve resolução completa da cefaleia, porém mantendo déficit visual à direita. Devido ao hipogonadismo e micropênis, foi iniciado o tratamento com cipionato de testosterona 200 mg, via intramuscular, a cada 28 dias).

## DISCUSSÃO

Na faixa etária pediátrica, os adenomas pituitários têm menor prevalência, surgindo, principalmente, durante a puberdade. Apesar disso, estes são maiores e mais invasivos, sendo o prolactinoma o tipo histológico mais frequente em crianças, e, dentre eles, os microprolactinomas mais prevalentes nas meninas e os macroprolactinomas mais encontrados nos meninos.<sup>8</sup> O paciente desse relato apresentou um prolactinoma gigante, adenoma com dimensões maiores que 4 cm de diâmetro e níveis de prolactina acima de 1.000 ng/mL, um tumor de ocorrência rara na faixa etária pediátrica (aproximadamente 0,5% de todos os adenomas pituitários e 4,3% dos prolactinomas), sendo o maior acometimento em homens na 4ª década de vida. Ainda não é bem esclarecido se os prolactinomas gigantes são células de origem clínica distinta ou se são massas hipofisárias que apresentaram diagnóstico tardio e, por consequência, maior crescimento.<sup>9</sup>

Em relação às manifestações clínicas, os microprolactinomas apresentam-se mais comumente com puberdade atrasada ou amenorreia primária, galactorreia ou ginecomastia, efeitos relacionados à hiperprolactinemia, que induz o hipogonadismo hipogonadotrófico, o que dificulta o diagnóstico no período pré-puberal. No caso dos macroprolactinomas e dos prolactinomas gigantes, os sinais e sintomas apresentados são geralmente relacionados ao efeito de massa do tumor, como cefaleia e déficit visual,<sup>8</sup> ocorrendo também os efeitos associados à hiperprolactinemia, com inibição do eixo gonadotrófico em 80-100% dos casos.<sup>9</sup> Além disso, o hipopituitarismo, apesar de ser pouco frequente, também pode ser identificado.<sup>3</sup> Outras apresentações atípicas são a paralisia de nervos cranianos, obstrução nasofaríngea, convulsões e psicose.<sup>9</sup>

O diagnóstico dos prolactinomas é feito por exames de imagem, sendo a RNM de hipófise-hipotálamo o método de escolha, tanto para avaliar o tamanho da lesão, quanto a sua relação com estruturas adjacentes. Esses tumores são isointensos ou levemente hiperintensos, quando comparados à hipófise normal, com aumento no sinal de forma homogênea após administração do contraste em T1, além de serem levemente hiperintensos em T2.<sup>2,10</sup> O paciente apresentou

achados similares aos relatados em literatura em relação à intensidade do sinal, mas a lesão também foi caracterizada como sólido-cística, achado mais significativo utilizado na diferenciação entre o craniofaringioma e o adenoma hipofisário.<sup>10</sup>

Geralmente, o tamanho da lesão é diretamente proporcional ao valor da prolactina. Níveis de prolactina maiores que 250 µg/L, na maioria das vezes, confirmam a suspeita de prolactinoma, porém outros tumores hipofisários também podem provocar aumento do nível acima de 200 µg/L devido ao efeito de haste.<sup>11</sup> Prolactinoma gigante, com níveis séricos de prolactina pouco elevados sugerem o “efeito gancho” causado pela saturação dos anticorpos do ensaio, sendo necessário a dosagem da prolactina diluída para confirmação.<sup>7</sup> No caso do paciente desse relato, a dosagem da prolactina diluída após a cirurgia, mostrou a prolactina bem elevada.

O tratamento de primeira linha dos prolactinomas é o uso dos agonistas dopaminérgicos, como a cabergolina e a bromocriptina. Esta medicação ajuda a reduzir os níveis de prolactina e o tamanho do tumor, sendo efetiva em 71% dos casos dos microprolactinomas, contrastando com cerca de 45% de efetividade, no caso dos macroprolactinomas, que podem exigir doses mais elevadas e por tempo mais prolongado.<sup>12</sup> Já o tratamento dos prolactinomas gigantes é um desafio, devido ao tamanho, os sintomas de hiperprolactinemia e de compressão, porém, a primeira opção sempre é o tratamento medicamentoso,<sup>13</sup> enquanto 1 em cada 4 casos precisam de terapia adicional, como a abordagem cirúrgica.<sup>4</sup> A cabergolina, é a medicação de preferência, em relação à bromocriptina, por ter melhor efeito na redução dos níveis de prolactina e ter maior tolerabilidade. A dose inicial da cabergolina é de 0,5 a 1,0 mg/semana, sendo ajustada de acordo com a resposta do paciente<sup>14</sup>, com dose máxima de 4,5 mg/semana, segundo o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) realizado pelo Ministério da Saúde (PCDT, 2020). Deve-se evitar o ajuste rápido da dose, devido ao risco de redução rápida do tumor e, conseqüentemente apoplexia hipofisária. O tratamento medicamentoso pode ser suspenso após no mínimo dois anos do início, quando houver redução de mais de 50% do tamanho da massa tumoral inicial e normalização dos níveis de prolactina.<sup>15</sup>

A RNM de hipófise-hipotálamo deve ser solicitada durante o tratamento para avaliar a responsividade da medicação, sendo orientada a realização de imagens seriadas para os tumores resistentes ao tratamento ou quando há aparecimento de novos sintomas, por exemplo. No caso dos macroprolactinomas, a RNM é repetida após 3 a 6 meses do início do tratamento.<sup>16</sup>

Dentre os efeitos adversos da cabergolina estão os sintomas gastrointestinais, tontura, fraqueza, agressividade, alterações do humor ou valvulopatias cardíacas. Em pacientes que necessitam de altas doses de cabergolina (maior que 2 mg por semana), recomenda-se um ecocardiograma no início do tratamento e a cada 2 a 3 anos nos pacientes em uso de altas doses da medicação, ou a cada 5 a 6 anos, se a dose da cabergolina for menor que 2 mg por semana.

A normalização dos níveis de prolactina é alcançada em 90% dos prolactinomas após o uso do agonista dopaminérgico, porém em apenas 60 a 68% no caso dos prolactinomas gigantes.<sup>17</sup> A redução do volume do tumor em mais de 65% do tamanho inicial é observada em 74% dos pacientes com prolactinomas gigantes, com melhora da visão em 96% dos casos, enquanto metade deles apresentam hipogonadismo persistente.<sup>14</sup> O paciente desse relato não apresentou melhora do hipogonadismo hipogonadotrófico, sendo necessário reposição de testosterona para a manutenção dos níveis fisiológicos deste hormônio, proporcionando também o desenvolvimento dos caracteres secundários da puberdade. Os macroprolactinomas apresentam pior prognóstico em relação aos microprolactinomas devido à chance de recorrência de aproximadamente 50% após tratamento com cabergolina, diretamente associada ao tamanho do tumor e o nível sérico de prolactina no momento do diagnóstico e a maior chance de resistência ao tratamento medicamentoso. O prognóstico dos prolactinomas a longo prazo ainda não é bem esclarecido.<sup>12</sup>

A cirurgia transesfenoidal ou transcraniana é indicada quando há falha do tratamento medicamentoso, apesar do uso da dose máxima do agonista dopaminérgico, ou para pacientes que apresentam sinais de hipertensão intracraniana, alterações visuais recentes ou progressivas, com sintomas graves

ou em piora, como rebaixamento do nível de consciência.<sup>18</sup> Além disso, em alguns casos de apoplexia hipofisária, que pode ocorrer ao diagnóstico ou após redução do volume do tumor com a resposta do tratamento medicamentoso, a cirurgia também pode ser indicada.<sup>19</sup> Portanto, o foco da cirurgia é a reconstrução da base do crânio e descompressão tumoral rápida, sendo raramente curativa, principalmente pela dificuldade de ressecção completa do tumor, devido a extensão deste e sua proximidade com as estruturas adjacentes, além da fibrose intratumoral que pode ser causada pelo próprio uso do agonista dopaminérgico. Após a cirurgia, a maioria dos pacientes não tem normalização dos níveis de prolactina e necessitam utilizar o tratamento medicamentoso posteriormente também, além da reposição hormonal devido o hipopituitarismo adquirido após a intervenção cirúrgica, que acontece na maioria dos pacientes.<sup>17</sup>

O paciente desse relato foi submetido à cirurgia, pois, inicialmente, houve a suspeita de tratar-se de um craniofaringioma, pela característica sólido-cística da lesão visualizada na RNM de hipófise-hipotálamo. Além disso, não houve disponibilidade do resultado da prolactina diluída pelo laboratório do hospital antes do agendamento da cirurgia. Por isso, é importante obter a dosagem de prolactina antes de indicar correção cirúrgica para lesões selares ou paraselares, pela possibilidade do tratamento medicamentoso.<sup>20</sup>

A radioterapia pode ser necessária, em último caso, quando não há redução do tumor após a terapia medicamentosa, quando o tumor não é ressecável, ou quando o paciente apresenta contraindicações para ser submetido à cirurgia.<sup>16</sup>



## **CONCLUSÃO**

Os prolactinomas gigantes são tumores benignos, porém são bastante sintomáticos devido ao efeito de massa e a hiperprolactinemia. Geralmente, os pacientes apresentam sintomas de tempo prolongado, e a variabilidade das manifestações clínicas pode retardar o diagnóstico. O caso clínico relatado reforça a importância da investigação cuidadosa de cefaleia em crianças e adolescentes, associando sempre a anamnese ao exame físico e exames complementares para o diagnóstico. Os pacientes geralmente têm boa resposta ao tratamento medicamentoso com a cabergolina, com redução do tamanho da massa e dos níveis séricos de prolactina.

## REFERÊNCIAS

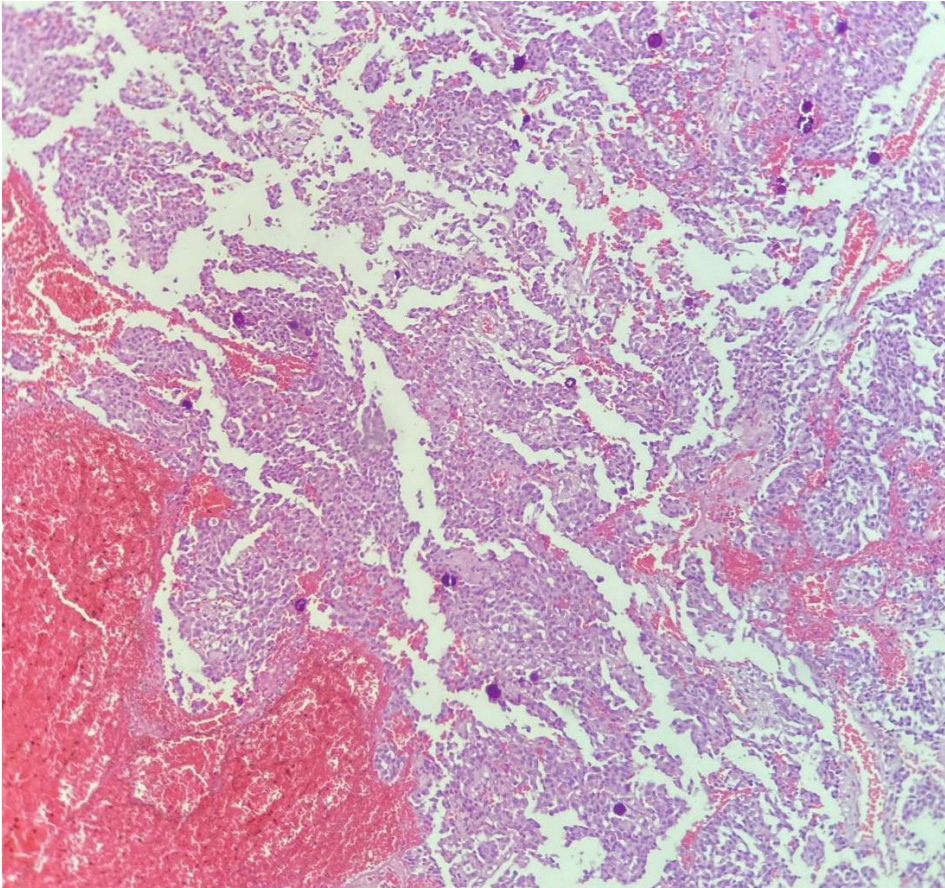
1. Alves, Cresio de Aragão Dantas, *Endocrinologia Pediátrica*, 1. ed. – Barueri, SP: Manole, 2019.
2. Iglesias P, Díez JJ. Macroprolactinoma: a diagnostic and therapeutic update. *QJM*. 2013 Jun;106(6):495-504. doi: 10.1093/qjmed/hcs240. Epub 2013 Jan 16. PMID: 23329574.
3. Iglesias P, Arcano K, Berrocal V, Bernal C, Villabona C, Díez J. Giant Prolactinoma in Men: Clinical Features and Therapeutic Outcomes. *Hormone and Metabolic Research*. 2018 Nov;50(11):791–6. doi: 10.1055/a-0752-0741.
4. Himonakos C, Burman P, Borg H, Per Dahlqvist, Britt Edén Engström, Ekman B, et al. Long-term Follow-up of 84 Patients With Giant Prolactinomas—A Swedish Nationwide Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2023 Jul 4;108(12):e1506–14.
5. Rajini Kanth R. Yatavelli, Kamal Bhusal. Prolactinoma [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459347/>
6. Molitch ME, Drummond J, Korbonits M. Prolactinoma Management [Internet]. Nih.gov. MDText.com, Inc.; 2022 [cited 2024 Sep 2]. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279174/?report=printable>
7. Fukuhara N, Nishiyama M, Iwasaki Y. Update in Pathogenesis, Diagnosis, and Therapy of Prolactinoma. *Cancers*. 2022 Jul 24;14(15):3604. doi: 10.3390/cancers14153604.
8. Arya VB, Simon, Hulse T, Ajzensztejn M, Kalitsi J, Kalogirou N, et al. Prolactinoma in childhood and adolescence—Tumour size at presentation predicts management strategy: Single centre series and a systematic review and meta-analysis. *Clinical Endocrinology*. 2020 Dec 19;94(3):413–23.
9. Espinosa E, Sosa E, Mendoza V, Ramírez C, Melgar V, Mercado M. Giant prolactinomas: are they really different from ordinary macroprolactinomas? *Endocrine* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2024 Jun 19];52(3):652–9. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26561015/>
10. Zhang Y, Chen C, Tian Z, Xu J. Discrimination between pituitary adenoma and craniopharyngioma using MRI-based image features and texture features. *Japanese Journal of Radiology* [Internet]. 2020 Dec 1;38(12):1125–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32710133/>.

11. Auriemma RS, Pirchio R, Pivonello C, Garifalos F, Colao A, Pivonello R. Approach to the Patient with Prolactinoma. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2023 Mar 28;108(9).
12. Yang A, Cho SY, Park H, Kim MS, Kong DS, Shin HJ, et al. Clinical, Hormonal, and Neuroradiological Characteristics and Therapeutic Outcomes of Prolactinomas in Children and Adolescents at a Single Center. *Frontiers in Endocrinology*. 2020 Aug 4;11.
13. Komisarz-Calik M, Grzegorz Zieliński, Alicja Hubalewska-Dydejczyk, Aleksandra Gillis-Januszewska. The challenges in the management of giant prolactinoma in young man. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*. 2024 May 29.
14. Shimon I. Giant Prolactinomas. *Neuroendocrinology* [Internet]. 2019;109(1):51–6. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30404098?dopt=Abstract>
15. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hiperprolactinemia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. 112 p. Available in: <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>
16. Petersenn S, Fleseriu M, Casanueva FF, Giustina A, Biermasz N, Biller BMK, et al. Diagnosis and management of prolactin-secreting pituitary adenomas: a Pituitary Society international Consensus Statement. *Nature Reviews Endocrinology* [Internet]. 2023 Sep 5;1–19. Available in: <https://www.nature.com/articles/s41574-023-00886-5#citeas>
17. Lundholm MD, Divya Yogi-Morren, Pantalone KM, Recinos PF, Kshetry VR, Rao R. Surgical Management of Giant Prolactinomas: A Descriptive Study. *International journal of endocrinology*. 2023 Apr 25;2023:1–9.
18. Tavares P, Rocha G, Resende M, Mascarenhas L, Oliveira MJ. Prolactinoma gigante – 3 casos clínicos e revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*. 2016 Jul;11(2):202–7.
19. Rotariu DI, B Costachescu, Ungureanu MC, Eva L, L Leustean, Preda C, et al. The Place of Surgery in the Management of Prolactin Secreting Adenomas. *Acta Endocrinologica (Bucharest)*. 2024 Jan 1;20(1):65–73.
20. Ollen-Bittle N, Lee D, Proulx A, Duggal N, Van Uum SHM. The importance of measuring prolactin prior to surgical management of a pituitary lesion: An illustrative case. *Radiology Case Reports*. 2023 Nov;18(11):3889–93.

## ANEXOS



**Figura 1.** Corte sagital de RNM em T1 após infusão de contraste paramagnético em aparelho Philips de 1,5 Tesla. Em destaque vermelho: lesão expansiva sólido-cística com conteúdo hemático depositado no seu interior localizada na região selar, supraselar em íntimo contato com os seios cavernosos, envolvendo o seio cavernoso esquerdo, em íntimo contato e comprimindo discretamente o unco e giro para hipocampal à esquerda. A lesão comprime o quiasma óptico e nervos ópticos, mede cerca de 4,0 x 4,2 x 3,0 cm.



**Figura 2.** Lâmina do estudo anatomopatológico mostrando proliferação sólida e trabecular de células epitelioides com citoplasma amplo e eosinofílico, morfologia nuclear uniforme e estroma fibrovascular associado. De permeio, notam-se calcificações distróficas e coágulos sanguíneos. Hematoxilina e eosina, 20x.