

Tumori dell'ipofisi posteriore: un caso di pituitoma

Luisa Pupo [1]*, Vittoria Favero [1-2], Emma Feligiotti [1], Renato Cozzi [2], Davide Boeris [3], Alessandro La Camera [3], Paola Doneda [4], Iacopo Chiodini [1-2].

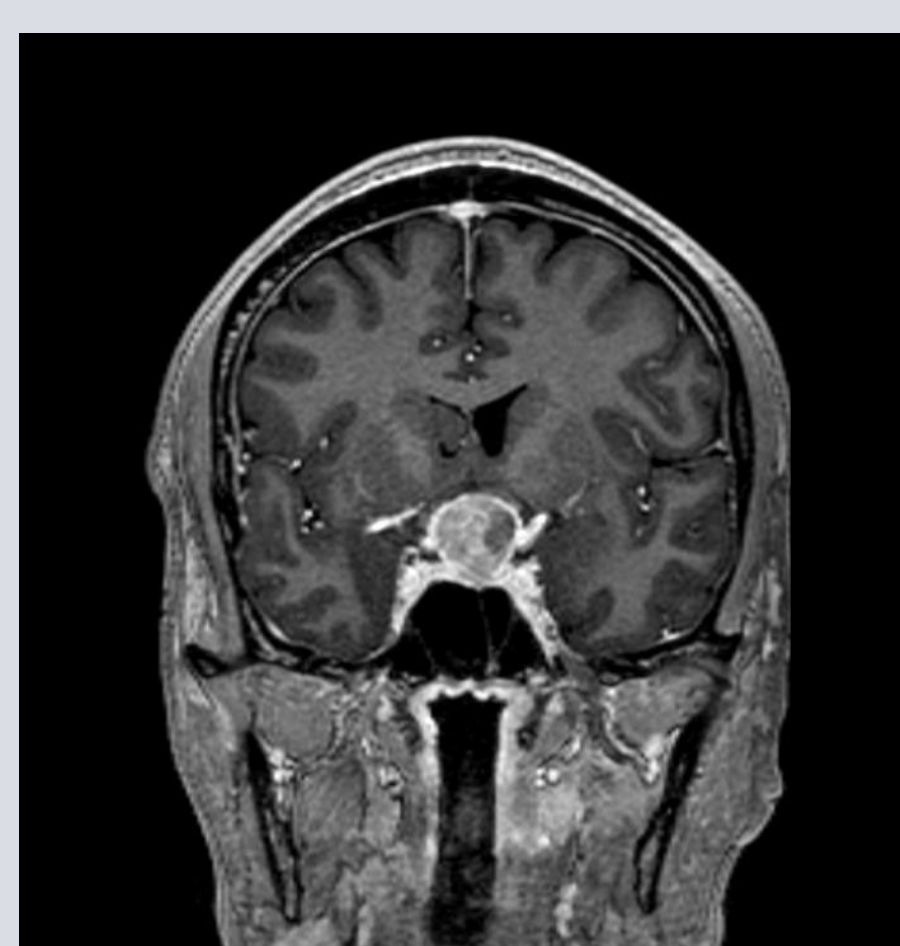
[1] Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Traslazionale, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia. [2] UO di Endocrinologia, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Ospedale Niguarda, Milano, Italia. [3] SC di Neurochirurgia, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Ospedale Niguarda, Milano, Italia. [4] SC di Neuroradiologia, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Ospedale Niguarda, Milano, Italia. **Contatti:** luisa.pupo@unimi.it

Introduzione e background

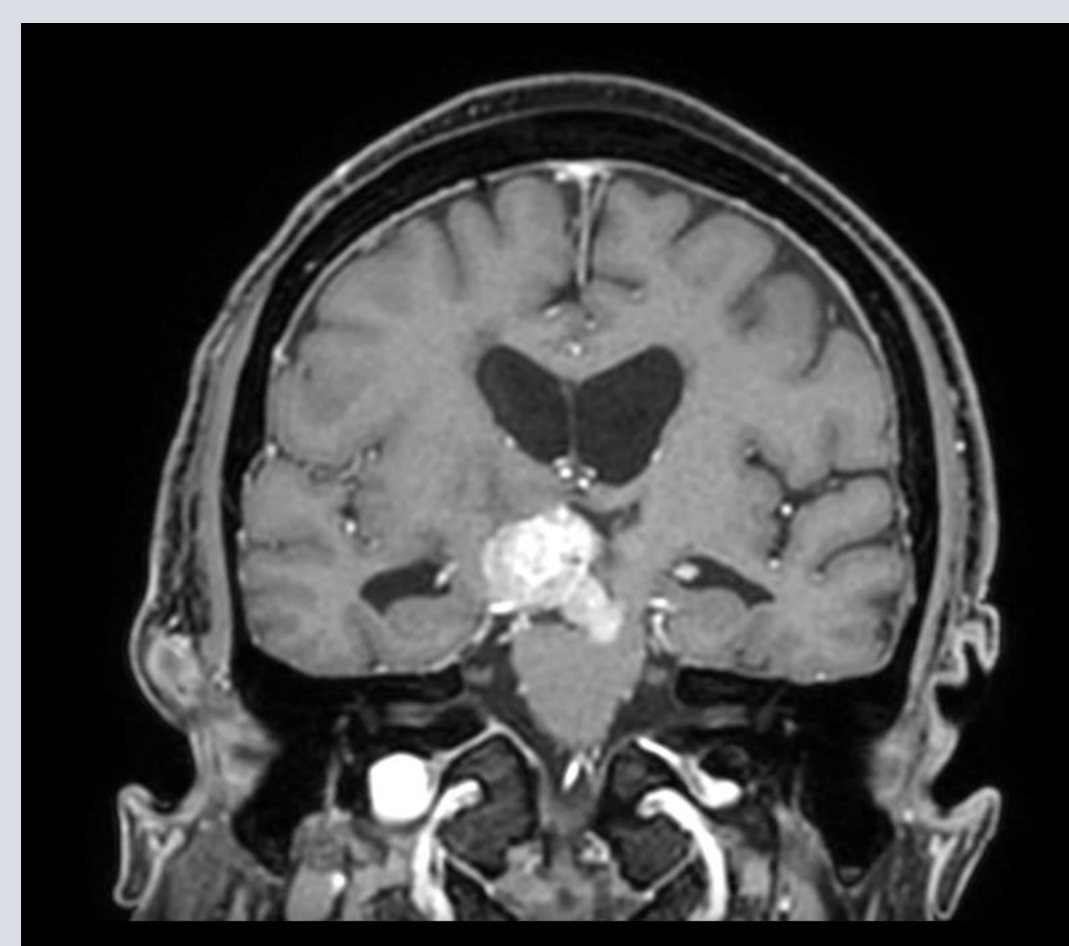
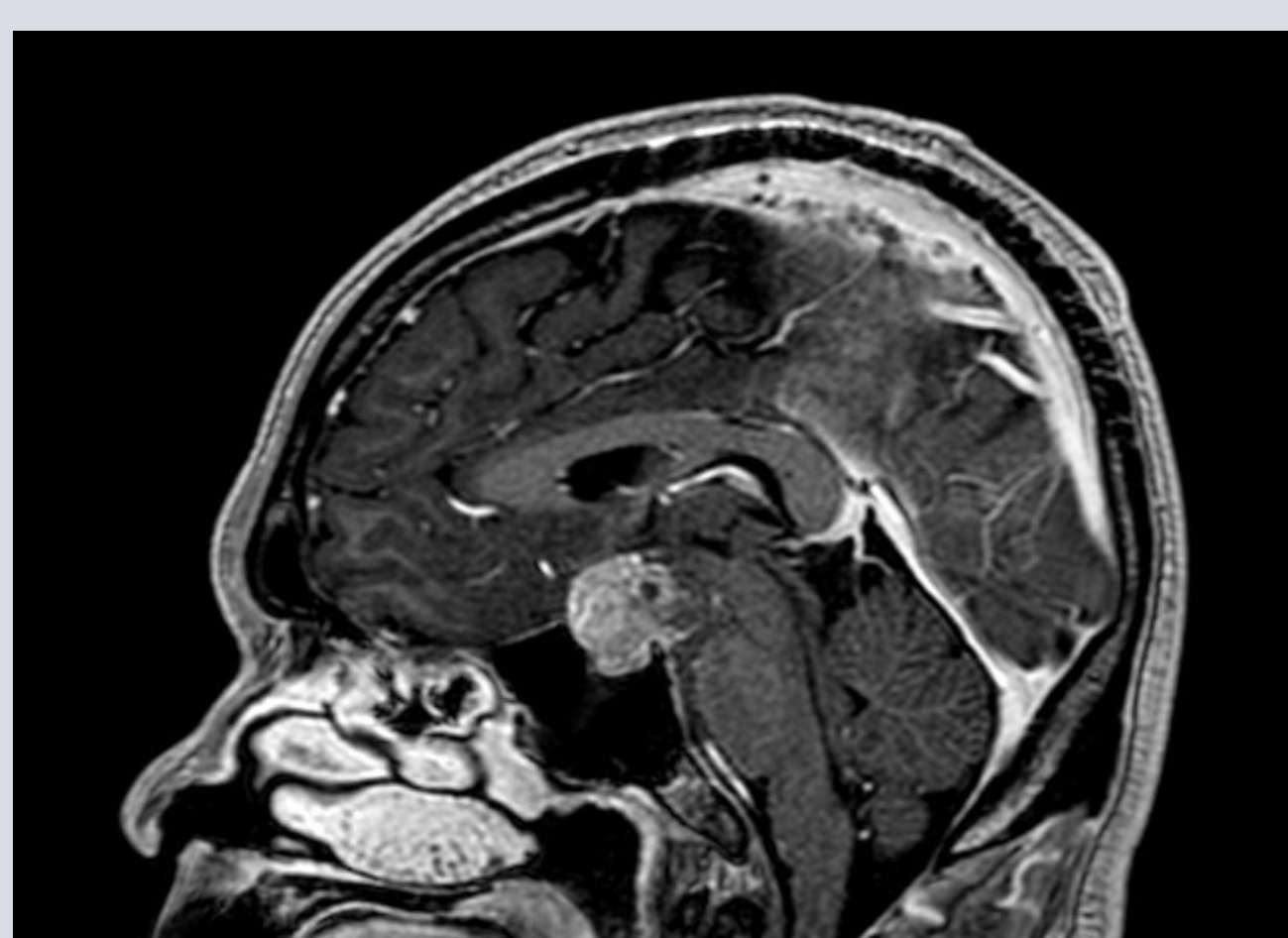
Il **pituitoma** è un **raro glioma di I grado** che origina dalle cellule della neuroipofisi o del peduncolo ipofisario. Sono riportati meno di 200 casi in letteratura. Nonostante sia istologicamente benigno, la sua **ricca vascolarizzazione** ne rende difficile l'asportazione completa e le recidive locali o la progressione dopo resezione non sono rare.

Caso clinico

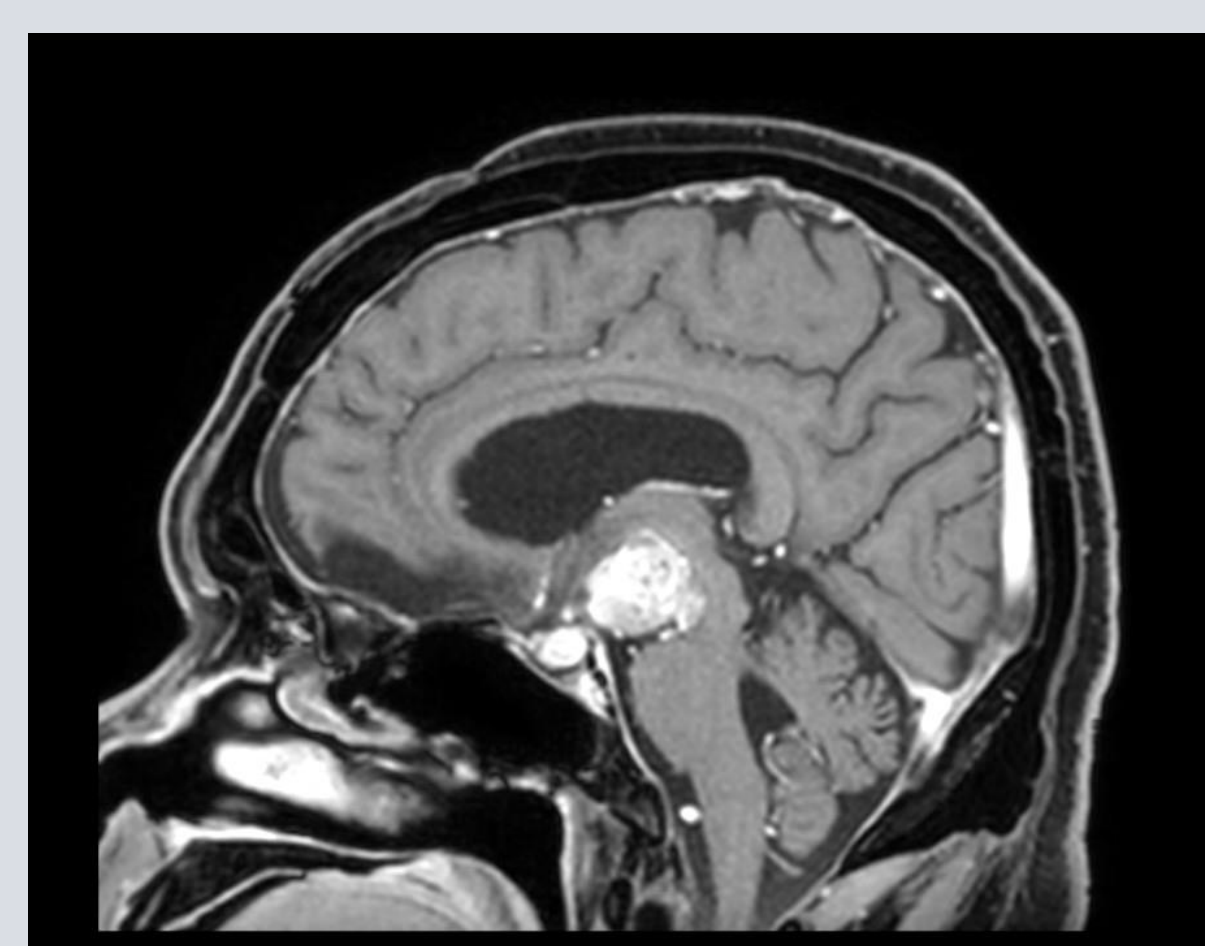
Nel 2016 un uomo di 47 anni si presenta in pronto soccorso per cefalea acuta frontale e vomito. La TC mostra un quadro di **emorragia subaracnoidea** (ESA) associata ad una possibile lesione emorragica della regione sellare di diametro maggiore di 2 cm che disloca il chiasma ottico ed impronta il terzo ventricolo. La RM dimostra che la lesione è soprasellare, al di sopra del normale tessuto ipofisario. Agli esami di valutazione di funzione ipofisaria, si riscontra unicamente ipogonadismo ipogonadotropo (testosterone 1.2 ng/mL, LH 2.1 UI/L), mentre alla valutazione oftalmologica viene riportata una riduzione del visus bilaterale, associato a **grave deficit campimetrico**. Il paziente viene quindi sottoposto, data la sede soprasellare, ad intervento di asportazione per via transcranica solo parziale della lesione per un suo **severo sanguinamento**. All'esame istologico la lesione è inizialmente caratterizzata come adenoma ipofisario (Ki67 2%). Esitano panipopituitarismo e deficit di vasopressina (AVP). La RM di controllo a 4 mesi dall'intervento mostra un voluminoso residuo sovra-sellare retrochiasmatico di 16x11x18 mm. Data l'importante vascolarizzazione della lesione, che ha complicato il primo intervento, si è deciso di effettuare radiochirurgia *Gamma Knife* (GK) al posto di un secondo intervento. Nei successivi due anni, alle RM di controllo si osserva una riduzione del residuo. Nel 2019, tuttavia, si verifica un peggioramento dell'emianopsia temporale in occhio destro (OD) e un aumento volumetrico della lesione. Il paziente viene quindi sottoposto a un secondo intervento per via transnasosfenoidale (TNS). L'esame istologico rivela un **pituitoma di grado I secondo WHO**, con Ki67 2-3% e positività per TTF-1. Dopo l'intervento si osserva un miglioramento del campo visivo in OD. Negli anni successivi il paziente è stato sottoposto ad ulteriori tre trattamenti con GK per recidive locali, l'ultimo ad aprile 2025.



RM pre-operatoria, 2016



RM post GK, 07/2025



Discussione

Il **pituitoma**, insieme all'**oncocitoma a cellule fusate** e al **tumore a cellule granulari**, è un tumore della neuroipofisi. Queste neoplasie condividono la positività per il marcatore **TTF-1**, come definito nella classificazione WHO - 2017. Nell'ultima WHO del 2022 dell'ipofisi posteriore sono visti come una singola entità, data l'origine da un singolo precursore comune. La presentazione iniziale di questi tumori include **disturbi visivi**, eventualmente associati a **cefalea**, o **ipopituitarismo**. Nonostante l'origine dall'ipofisi posteriore, il deficit di AVP è raramente il sintomo di presentazione iniziale e si manifesta più comunemente dopo la chirurgia. Alla RM mostrano un **intenso enhancement** dopo la somministrazione di mezzo di contrasto, a causa della ricca vascolarizzazione. Non sorprende quindi che, in questo caso, la presentazione clinica sia stata di ESA, evenienza però raramente descritta in letteratura, con un solo caso riportato. Sebbene classificato come tumore di grado I, il pituitoma **spesso recidiva localmente**, o progredisce dopo la resezione soprattutto se subtotale e in pazienti di sesso maschile.

Take home messages

Il pituitoma è un raro tumore neuroipofisario che può mimare altre lesioni sellari o soprasellari. La positività per TTF-1 è un marker distintivo secondo la WHO 2017. La ricca vascolarizzazione e la sede ne possono limitare la resezione chirurgica radicale. Nonostante il basso grado, può avere decorso aggressivo con recidive, soprattutto dopo resezioni parziali e interventi TNS, conferendogli malignità locale.

Bibliografia

Wei, Liu-Dong et al. "Treatment and prognostic factors of pituitoma: a single-center experience and comprehensive literature review." *Pituitary* vol. 24,5 (2021)
Guerrero-Pérez, Fernando et al. "Primary tumors of the posterior pituitary: A systematic review." *Reviews in endocrine & metabolic disorders* vol. 20,2 (2019)
Benveniste, Ronald J et al. "Pituitoma presenting with spontaneous hemorrhage." *Pituitary* vol. 9,1 (2006)