

Macroprolactinoma Resistente aos Agonistas Dopaminérgicos: Relato de Caso

Macroprolactinoma Resistant to Dopamine Agonists: a Case Report

Rosana Maria dos Reis¹, Camila Toffoli Ribeiro¹, Marcos Felipe de Silva Sá¹,
Hélio Humberto Angotti Carrara¹, Hélio Rubens Machado², Antônio Carlos dos Santos³

RESUMO

Os macroprolactinomas são tumores benignos hipofisários, secretores de prolactina, manifestando-se com amenorréia, galactorréia e disfunção gonadal. O tratamento de primeira escolha é clínico, com agonistas dopaminérgicos. O tratamento cirúrgico é reservado para os raros casos que não respondem ao tratamento clínico, intolerância à medicação ou nos casos agudos quando ocorre a hemorragia intra-tumoral. Descrevemos o caso de uma paciente portadora de macroprolactinoma submetida a duas ressecções cirúrgicas e resistente ao tratamento clínico, com evolução não usual.

PALAVRAS-CHAVE: Prolactinomas. Bromocriptina. Cabergolina. Cirurgia transesfenoidal. Hiperprolactinemia

Introdução

A síndrome hiperprolactinêmica é doença freqüente, com incidência de 1 a 10% na população geral¹. Manifesta-se clinicamente como disfunção gonadal (ciclos oligomenorréicos ou amenorréia), galactorréia, diminuição da libido, infertilidade e mais raramente sintomas devidos a compressão tumoral, como alterações do campo visual e cefaléia.

Uma das causas mais freqüentes de hiperprolactinemia são os tumores hipofisários secretores de prolactina (PRL), que elevam seus níveis plasmáticos geralmente a valores superiores a 50 ng/mL. Assim, sempre que houver sus-

peita clínica dessas neoplasias ou níveis de PRL acima dos citados deve ser feito estudo do encéfalo e sela túrcica por exames de imagem².

A imagem de ressonância magnética (IRM) é o exame de escolha para avaliação da sela túrcica, devido à maior sensibilidade para detecção de pequenos tumores e maior acurácia na avaliação da extensão de prolactinomas de maiores dimensões³. Estas neoplasias são classificadas de acordo com o diâmetro de seu maior eixo em microprolactinomas (menor que 10 mm) ou macroprolactinomas (maior ou igual a 10 mm).

O tratamento clínico é atualmente considerado a primeira opção na abordagem de todas as causas de hiperprolactinemia, incluindo as tumorais. Descrevem-se taxas de sucesso, com obtenção de normoprolactinemia, de até 90%, com redução de 60% do volume tumoral em média⁴.

A droga mais antiga e classicamente utilizada para tal fim é a bromocriptina, alcalóide derivado do ergot, que se liga inespecificamente a receptores dopaminérgicos D1 e D2, apresenta meia-vida de 8 a 12 horas e atua inibindo a síntese e secreção de PRL pelos lactotrofos⁵. Como alternativa mais recente, surgiu a cabergolina, agonista dopaminérgico com meia-vida mais longa, de ação específica sobre os receptores D2 e com menos efeitos adversos⁶.

¹Setor de Ginecologia Endócrina e Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

²Setor de Neurocirurgia do Departamento de Cirurgia e Anatomia

³Setor de Neurorradiologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Correspondência:

Rosana Maria Reis

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Av. dos Bandeirantes, n.º 3900

14049-900 – Ribeirão Preto – SP

Fone: (16) 602-2926

Fax: (16) 633-0946

e-mail: romareis@fmrp.usp.br

Tem despertado crescente interesse a comparação da eficácia entre as duas drogas, e estudos recentes têm apontado a superioridade da cabergolina no que se refere à obtenção de níveis séricos normais de PRL, com restauração da função gonadal, desaparecimento da galactorrêia, recuperação da capacidade reprodutiva e redução do volume tumoral de micro e macroprolactinomas⁷⁻⁹.

O tratamento cirúrgico dos prolactinomas deve ser reservado para os casos em que não há resposta ao tratamento clínico, quando o paciente não tolera os efeitos adversos das medicações ou na vigência de hemorragia intratumoral, situação em que a cirurgia constitui tratamento de emergência. Há controvérsias sobre a necessidade de cirurgia na presença de sintomas visuais, conseqüentes ao efeito da massa tumoral por compressão do quiasma óptico. Enquanto alguns autores indicam procedimento cirúrgico rotineiramente em tais circunstâncias⁵, outros defendem tentativa inicial de tratamento clínico, pois se observou melhora rápida dos sintomas, até mesmo nas primeiras 24 horas que sucedem à administração do medicamento¹⁰. Finalmente deve-se lembrar que o tratamento clínico pode complementar o tratamento cirúrgico em casos nos quais não houve remoção total do adenoma e os níveis de PRL permaneceram ainda elevados depois da cirurgia. O relato de caso a seguir ilustra evolução insatisfatória de uma paciente com macroprolactinoma, submetida a tratamento cirúrgico e clínico, com resistência aos agonistas dopaminérgicos.

Relato de Caso

M.L.V.S., branca, 25 anos, nuligesta, procedente de Bebedouro - SP, foi atendida no serviço de Ginecologia Endócrina do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - USP Ribeirão Preto em março de 1996, referindo ciclos menstruais irregulares desde a menarca. Encontrava-se em amenorréia por quatro anos aproximadamente e com galactorrêia desde o início do quadro. Havia iniciado investigação com facultativo em sua cidade, tendo sido solicitadas dosagens de PRL (níveis superiores a 1500 ng/mL), radiografia de sela túrcica e tomografia computadorizada (TC), com diagnóstico de macroprolactinoma.

Foi iniciado tratamento com bromocriptina, atingindo-se a dose de 25 mg/dia, com diminuição dos níveis da PRL para 160 ng/mL, porém com aumento progressivo posteriormente. Foi submetida a adenomectomia em fevereiro de 1995, apresentando níveis de PRL de 160 ng/mL no pós-operatório. Após período de quatro meses, os níveis de

PRL voltaram a elevar-se, atingindo 1600 ng/mL. Foi reiniciada bromocriptina, em uso de 40 mg/dia, e nesse momento a paciente passou a ser acompanhada em nosso Serviço (Figura 1).

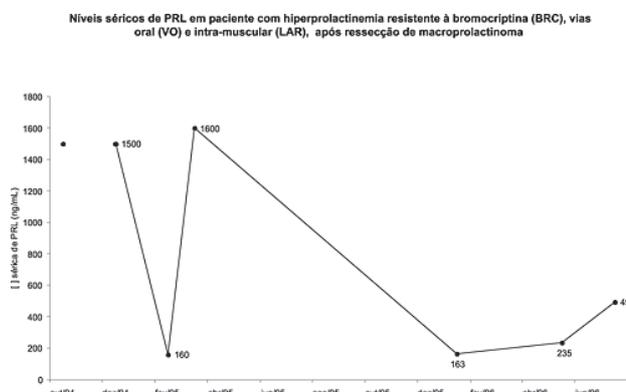


Figura 1 - Níveis séricos de prolactina (PRL) em ng/mL antes e após o tratamento cirúrgico e com uso de doses crescentes de bromocriptina por via oral (BRC VO) e em forma de depósito (LAR).

A paciente trazia TC recente, com o diagnóstico de hipófise com dimensões no limite superior da normalidade, e dosagem de PRL com valor de 163 ng/mL.

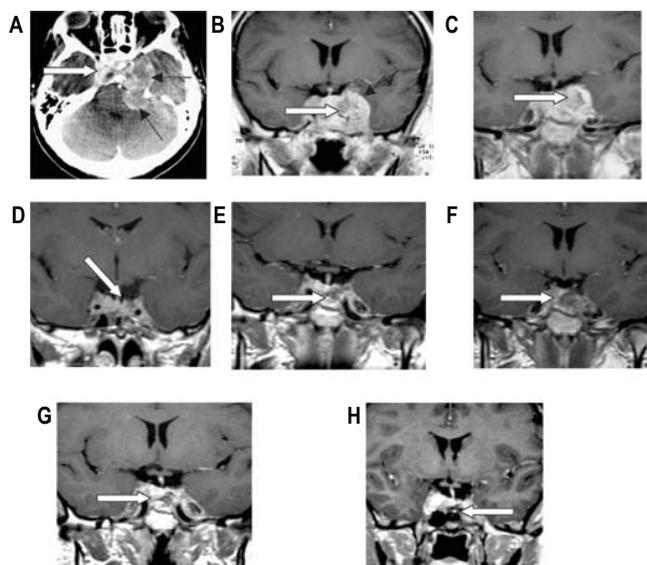
Em abril de 1996 optou-se por iniciar bromocriptina de depósito (LAR) a 50 mg/mês. Porém, os níveis de PRL permaneceram elevados, sendo de 493,0 ng/mL, 16 dias após o uso da medicação. Foi aumentada a dose para uma ampola de 15 em 15 dias.

No entanto, a paciente perdeu seguimento, ficando afastada do Serviço durante um ano e 8 meses. Referia ter feito uso da medicação prescrita apenas durante 3 meses. Quando retomou seguimento no Serviço, a TC demonstrava processo expansivo selar com expansão para-selar, com os níveis de PRL atingindo 9061 ng/mL. A paciente queixava-se de cefaléia persistente e galactorrêia à expressão.

O quadro clínico agravou-se e antes da realização de novos exames, apresentou quadro de cefaléia de forte intensidade, vômitos, paralisia facial à esquerda, ptose palpebral e evolução para coma. Foi atendida no mesmo Serviço em que fora realizada a primeira cirurgia, com diagnóstico de hemorragia intratumoral (apoplexia hipofisária) (Figura 2), sendo realizado novo procedimento de ressecção transesfenoidal de urgência em 25/março/98. Cinco dias após a cirurgia foi feita IRM controle de e dosagem de PRL sérica, que foi de 4135 ng/mL. A paciente foi dispensada em uso de dexametasona (12 mg/dia) e bromocriptina a 10 mg/dia.

A dose de bromocriptina foi aumentada gradativamente, chegando-se a 30 mg/dia em janeiro de 1999. A IRM mostrava melhora do padrão

de imagem, com diminuição da massa tumoral e estabilização em exames subsequentes (Figura 2). No entanto, a PRL manteve-se elevada durante todo o tratamento, variando de 284 ng/mL a 3483 ng/mL (Figura 3).



A – (25/3/98) Lesão hiperdensa comprimindo o tronco (seta branca), representada por apoplexia tumoral (setas pretas). Paciente em coma. **B** – (30/3/98) – Paciente no 5º pós-operatório de adenomectomia transesfenoidal de urgência, com o macroadenoma mostrando sangramento em seu interior, com invasão do seio cavernoso. **C** – (17/6/98) – Persistência da lesão com hemorragia paraselar e extensão para região infratentorial. **D** – (08/6/99) e **E** – (24/4/00) – Sinais de invasão de seio cavernoso à direita. **F** – (5/1/01), **G** – (7/2/03) e **H** – (4/3/04) – Manutenção do padrão aos exames de imagem, apesar de níveis de prolactina crescentes.

Figura 2 – Seguimento do macroadenoma por exames de imagem.

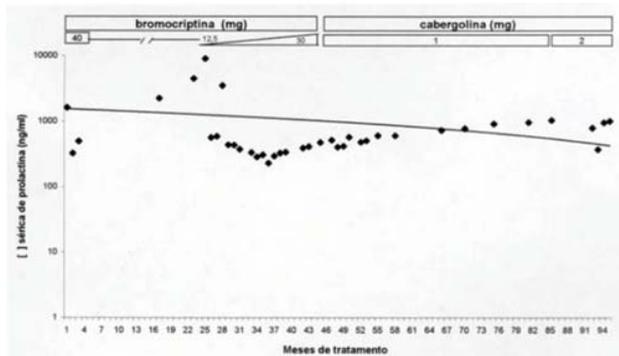


Figura 3 – Níveis séricos de prolactina (ng/mL) sob administração das duas drogas dopaminérgicas. Observar escala logarítmica dos valores de prolactina.

Realizou-se pesquisa de formas biologicamente menos ativas de PRL (*big* ou *big-big*), aventando-se a hipótese de secreção aberrante de formas moleculares poliméricas, o que poderia explicar níveis tão elevados de PRL a despeito de tamanho tumoral estável. Contudo, a cromatografia demonstrou tratar-se predominantemente da forma *little*, de 22 kDa (Figura 4).

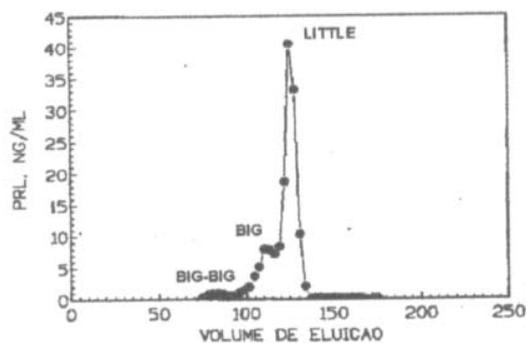


Figura 4 – Estudo cromatográfico das formas moleculares de prolactina (eluição em Sephacryl S-200), demonstrando haver predominância da forma *little*.

Em dezembro de 1999, como a paciente mantinha níveis elevados de PRL (maiores que 400 ng/mL), optou-se por substituir a bromocriptina pela cabergolina, com dose inicial de 1 mg/semana, chegando-se até 2 mg/semana, sem qualquer diminuição da prolactinemia.

A paciente mantém-se em amenorréia há mais de dez anos, e a PRL voltou a atingir valores superiores a 1000 ng/mL em março de 2003. Clinicamente apresenta alopecia, obesidade e anisocoria, além do desejo de concepção, choro fácil e anedonia. Atualmente a dose da cabergolina foi aumentada para 4 mg/semana, porém os níveis de PRL mantêm-se em 880 ng/mL.

Os exames de função hipofisária mantiveram-se normais ao longo do seguimento, não tendo sido notados sinais clínicos ou laboratoriais de hipopituitarismo. A função gonadal não foi restabelecida, o que resultou em atrofia nos esfregaços cérico-vaginais. O hipoestrogenismo foi laboratorialmente confirmado, com dosagens de estradiol inferiores a 20 pg/mL. A avaliação da massa óssea foi feita por meio de densitometria, com achado de osteopenia no primeiro exame, que no entanto normalizou-se dois anos após, apenas com orientações higieno-dietéticas e suplementação de carbonato de cálcio. A campimetria manteve-se normal durante o tratamento.

Discussão

Este caso ilustra múltiplos aspectos de interesse sobre a evolução de macroprolactinomas. A situação descrita não foi, absolutamente, a esperada do habitual destas neoplasias benignas da hipófise. A maioria dos prolactinomas, que constituem 40% dos tumores hipofisários, respondem

satisfatoriamente, independentemente da abordagem empregada¹¹.

O tratamento cirúrgico apresenta elevados índices de recidiva, de 26 a 50%¹⁰, mesmo quando realizado por cirurgiões experientes de grandes centros. Nas duas ocasiões em que a paciente foi submetida a adenomectomia tinha indicações precisas para tal, por resistência ao tratamento clínico quando indicada a primeira cirurgia e por hemorragia intratumoral no segundo procedimento, constituindo tratamento emergencial. Relata-se na literatura que os níveis de PRL no pós-operatório precoce são um dos principais indicadores da eficiência do tratamento cirúrgico. Os níveis de PRL no primeiro dia de pós-operatório inferiores a 10 ng/mL para alguns autores¹² ou a 5 ng/mL para outros⁵ são o fator que melhor se correlaciona com a cura. No caso relatado, portanto, a paciente apresentava chances escassas de boa evolução somente com estes parâmetros, principalmente após a segunda cirurgia, quando os níveis de PRL foram de 4135 ng/mL no quinto dia pós-operatório.

Outro conceito ilustrado foi o de resistência ao tratamento com agonistas dopaminérgicos. A resistência à bromocriptina é definida como ausência de normalização dos níveis de PRL e/ou redução do volume tumoral após pelo menos três meses de tratamento com 15 mg/dia¹³. A causa deste fenômeno não é bem compreendida, porém aventa-se que possa haver ausência ou pouca expressão de receptores D2 na superfície da membrana celular das células tumorais, ou que um defeito pós-receptor esteja implicado¹⁴.

Por outro lado, a cabergolina parece ter efeito favorável em pacientes que não respondem à bromocriptina. Colao et al.⁸, em estudo de 19 casos de macroprolactinomas resistentes à bromocriptina, obtiveram normalização da PRL em 9 e redução significativa em 9 dos demais. Apenas um paciente permaneceu sem resposta alguma à medicação. Ainda neste estudo foi detectada diminuição significativa do tamanho tumoral em 9 dos pacientes estudados.

Em estudo no qual se compararam as duas drogas, Di Sarno et al.⁹ observaram que a cabergolina é superior à bromocriptina em relação à eficácia para promover normoprolactinemia em pacientes com macroprolactinomas (82,1 vs 46,4%). Achado intrigante neste estudo foi o fato de a cabergolina ter sido capaz de causar redução do volume tumoral em todos os pacientes tratados, mesmo quando não houve normalização nos níveis de PRL, ao passo que com o uso da bromocriptina, esse efeito não foi constatado.

No presente caso houve resistência às duas drogas, e a cabergolina não provocou o efeito de redução das dimensões tumorais. Houve, contudo,

manutenção das dimensões da neoplasia. O resultado encontrado poderia ser explicado pela hipótese de que em macroprolactinomas gigantes os níveis séricos de PRL não têm boa correlação com o volume tumoral observado em exames de imagem, conforme apontado por Shrivastava et al.¹⁰, ao verificar este mesmo achado em série de dez pacientes com este raro subgrupo de neoplasias hipofisárias. Assim, o fato de a PRL ter se mantido em níveis elevados não implica necessariamente falha de tratamento.

É ainda questão controversa a validade da administração de doses elevadas de cabergolina em pacientes resistentes a esta droga. Vários trabalhos descrevem uso de doses de 0,5 a 3 mg/semana^{8,15}, embora a maioria dos tumores responda a doses de 2 mg/semana. Apesar de recentemente terem surgido relatos de casos isolados com uso de doses muito altas de cabergolina (até 21 mg/semana), com as quais se obtiveram normoprolactinemia e restauração da função gonadal⁷, alguns estudiosos do assunto afirmam não haver benefício adicional com o uso de doses superiores a 3 mg/semana⁹.

Em relação ao estudo cromatográfico das formas moleculares de PRL, o resultado encontrado foi compatível com a apresentação clínica da paciente. Seria surpreendente a detecção de predominância de formas poliméricas da molécula, em detrimento da forma *small*, uma vez que nas macroprolactinemias o quadro clínico costuma ser oligossintomático¹⁶, enquanto a paciente em questão apresentava amenorréia prolongada e galactorréia. Tem sido encontrada baixa ocorrência de macroprolactinemia entre pacientes com macroprolactinomas. Em pacientes com macroprolactinomas os exames de imagem são normais em 78,9% das vezes, e nenhum dos exames alterados deveu-se a macroadenomas¹⁷. Mounier et al.¹⁶, ao estudarem pacientes com hiperprolactinemia de etiologia tumoral, encontraram predominância das formas poliméricas em 38%. No entanto, em todas tratavam-se de microprolactinomas.

Outra modalidade terapêutica que poderia ter sido associada no presente caso seria a radioterapia. No entanto, esta vem sendo empregada primariamente em casos de evolução progressiva tumoral ou comprometimento de nervos cranianos. A radioterapia convencional pode estar associada a índices de lesão do parênquima induzida por radiação de até 30%¹⁸, deixando seqüelas permanentes. A radiocirurgia por estereotaxia (*gamma knife*) é apontada como alternativa atraente, com menor taxa de lesões por radiação¹⁹ e controle eficaz do tamanho tumoral^{19,20}. Todavia, os efeitos a longo prazo e a dose segura ainda não estão bem definidos na literatura, e aponta-se que o índice de comprome-

timento da função hipofisária pode ser significativo, especialmente em tumores de volume maior, quando são necessárias doses mais elevadas de radiação, e em pacientes previamente submetidos a tratamento cirúrgico²¹. Como no caso estudado a paciente apresenta estabilidade da lesão em IRM seriadas, e não há comprometimento significativo de nervos cranianos (exceto por anisocoria), a radioterapia não foi considerada boa alternativa e optou-se por reservá-la para o futuro caso haja nova progressão das dimensões tumorais.

Apesar de atualmente obterem-se altas taxas de sucesso quer com o tratamento clínico, quer com o cirúrgico associado, devemos ter em mente que o tratamento dos prolactinomas deve ser individualizado e o caso em apreço ilustra muito bem que alguns pacientes ainda representam um desafio à terapêutica vigente.

ABSTRACT

Macroprolactinomas are benign prolactin-secreting pituitary tumors, causing amenorrhea, galactorrhea and gonadal dysfunction. Clinical treatment with dopamine agonists is the first-choice therapy. Surgery is indicated for the rare cases that are resistant to clinical treatment, when there is intolerance to the medication, or intratumoral hemorrhage is detected. We describe the case of a female patient with macroprolactinoma submitted to two surgical procedures and resistant to clinical treatment, with unusual evolution.

KEYWORDS: *Prolactinomas. Bromocriptine. Cabergoline. Transsphenoidal surgery. Hyperprolactinemia.*

Referências

- Molitch ME. Prolactin. In: Melmed S, editor. The Pituitary. 1st ed. Cambridge: Blackwell Science; 1995. p. 136-86.
- Silva de Sá MF. Síndrome hiperprolactinêmica: galactorrêia. In: Halbe HW, editor. Tratado de Ginecologia. 3^a ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 1638-51.
- Naidich MJ, Russell EJ. Current approaches to imaging of the sellar region and pituitary. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1999; 28:45-79.
- Colao A, Merola B, Sarnacchiaro F, et al. Comparison among different dopamine-agonists of new formulation in the clinical management of macroprolactinomas. *Horm Res* 1995; 44:222-8.
- Tella Júnior OI, Herculano MA, Delcello R, Aguiar PH. Prolactinomas: aspectos neurocirúrgicos. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60:106-12.
- Ferrari C, Barbieri C, Caldara R, et al. Long-lasting prolactin-lowering effect of cabergoline, a new dopamine agonist, in hyperprolactinemic patients. *J Clin Endocrinol Metab* 1986; 63:941-5.
- Gillam MP, Middler S, Freed DJ, Molitch ME. The novel use of very high doses of cabergoline and a combination of testosterone and an aromatase inhibitor in the treatment of a giant prolactinomas. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87:4447-51.
- Colao A, Di Sarno A, Sarnacchiaro F, et al. Prolactinomas resistant to standard dopamine agonists respond to chronic cabergoline treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82:876-83.
- Di Sarno A, Landi ML, Cappabianca P, et al. Resistance to cabergoline as compared with bromocriptine in hyperprolactinemia: prevalence, clinical definition, and therapeutic strategy. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86:5256-61.
- Shrivastava RK, Arginteanu MS, King WA, Post KD. Giant prolactinomas: clinical management and long-term follow up. *J Neurosurg* 2002; 97:299-306.
- Ciric I. Long-term management and outcome for pituitary tumors. *Neurosurg Clin N Am* 2003; 14:167-71.
- Amar AP, Couldwell WT, Chen JC, Weiss MH. Predictive value of serum prolactin levels measured immediately after transsphenoidal surgery. *J Neurosurg* 2002; 97:307-14.
- Kovacs K, Stefanescu L, Hovarth E, Buchfelder M, Fahlbusch R, Becker W. Prolactin-producing pituitary tumor: resistance to dopamine agonist therapy. Case Report. *J Neurosurg* 1995; 82:886-90.
- Brue T, Pellegrini I, Priou A, Morange I, Jaquet P. Prolactinomas and resistance to dopamine agonists. *Horm Res* 1992; 38:84-9.
- Colao A, Di Sarno A, Landi ML, et al. Long-term and low-dose treatment with cabergoline induces macroprolactinoma shrinkage. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82:3574-79.
- Mounier C, Trouillas J, Claustrat B, Duthel R, Estour B. Macroprolactinaemia associated with prolactin adenoma. *Hum Reprod* 2003; 18:853-7.
- Hauache OM, Rocha AJ, Maia AC, Maciel RM, Vieira JG. Screening for macroprolactinaemia and pituitary imaging studies. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2002; 57:327-31.
- Al-Mefty O, Kersh JE, Routh A, Smith RR. The long-term side effects of radiation therapy for benign brain tumors in adults. *J Neurosurg* 1990; 73:502-12.
- Kuo JS, Chen JC, Yu C, et al. Gamma knife radiosurgery for benign cavernous sinus tumors: quantitative analysis of treatment outcomes. *Neurosurgery* 2004; 54:1385-93.
- Kondziolla D, Nathoo N, Flickinger JC, Niranjana A, Maitz AH, Lunsford LD. Long-term results after radiosurgery for benign intracranial tumors. *Neurosurgery* 2003; 53:815-21.
- Vladyka V, Lišák R, Novotný J Jr, Marek J, Jezkova J. Radiation tolerance of functioning pituitary tissue in gamma knife surgery for pituitary adenomas. *Neurosurgery* 2003; 52:309-16.

Recebido em: 2/7/2004

Aceito com modificações em: 20/8/2004