



DOI: <https://doi.org/10.26694/jcshu-ufpi.v8i1.6601>

## PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ADENOMA HIPOFISÁRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH PITUITARY ADENOMA ATTENDED BY THE UNIVERSITY HOSPITAL OF THE FEDERAL UNIVERSITY OF PIAUÍ

*Celso Soares Pereira Filho.*

Graduação em Medicina pelo Centro Universitário UniFacid Wyden, UNIFACID, Brasil. Residência médica em Clínica Médica Hospital Getúlio Vargas, HGV, Brasil. Residência médica em: Endocrinologia e Metabologia Hospital Universitário do Piauí/Ebserh, HU-UFPI/Ebserh, Brasil. Teresina, Piauí, Brasil. e-mail: [celsospf@outlook.com](mailto:celsospf@outlook.com)  

### RESUMO

**Objetivo:** O presente trabalho propôs-se a avaliar o perfil clínico e epidemiológico de indivíduos com adenomas atendidos pelo serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí. **Métodos:** Foi realizada uma coleta de dados de dezembro de 2023 a julho de 2024, utilizando um instrumento para conduzir uma pesquisa descritiva e de coorte longitudinal retrospectivo, abrangendo aspectos quantitativos e qualitativos. A avaliação incluiu pacientes atendidos no período de julho de 2013 a julho de 2023. **Resultados:** Foram selecionados 86 pacientes, sendo 28 com tumores não funcionantes, 46 prolactinomas, 7 somatotropinomas e 5 corticotropinomas. O tumor mais prevalente foi o prolactinoma (53,4%), sendo a amostra mais composta pelo sexo feminino (76,7%) e eles foram principalmente identificados na 3ª e 4ª décadas de vidas, com baixa invasão de seio cavernoso (58,6% com Knosp  $\leq$  2) e maior tratamento com cabergolina (52,3%). Houve significância estatística em relação a tempo para diagnóstico e tempo para tratamento dos tumores, sendo os prolactinoma mais cedo diagnosticados (63% em menos de um ano) e tratados (65,2% em até seis meses) e os somatotropinomas mais tardiamente diagnosticados (85,7% acima de cinco anos do início de sintomas). **Conclusão:** Há uma enorme prevalência de casos não cirúrgicos no hospital, com maior resolubilidade em outros serviços de saúde, mas com perspectiva de mudança nos próximos anos devido liberação recente para cirurgia hipofisária no hospital.

**DESCRITORES:** Adenoma hipofisário; Prolactinoma; Acromegalia; Doença de Cushing.

### ABSTRACT

Pituitary adenomas are the most common neoplasms of the sellar region and include functioning tumors, which secrete pituitary hormones autonomously, and nonfunctioning tumors, which are not associated with hormonal excess. These tumors can be defined as macroadenomas ( $\geq$  10 mm in the largest diameter) or microadenomas ( $<$  10 mm in the largest diameter) and are present in approximately 10% of people in the general population in

imaging studies or at autopsy. The present study aimed to evaluate the clinical and epidemiological profile of individuals with adenomas treated by the Endocrinology and Metabolism service of the University Hospital of the Federal University of Piauí. Data were collected from December 2023 to July 2024. A data collection instrument was used to conduct descriptive and longitudinal retrospective cohort research, of the quantitative and qualitative type, evaluating patients who were treated from July 2013 to July 2023. A total of 86 patients were selected, 28 with non-functioning tumors, 46 prolactinomas, 7 somatotropinomas and 5 corticotropinomas. The most prevalent tumor was prolactinoma (53.4%), with the sample being mostly composed of females (76.7%) and they were mainly identified in the 3rd and 4th decades of life, with low cavernous sinus invasion (58.6% with Knosp  $\leq$  2) and greater treatment with cabergoline (52.3%). There was statistical significance in relation to time to diagnosis and time to treatment of tumors, with prolactinomas being diagnosed earlier (63% in less than one year) and treated (65.2% within six months) and somatotropinomas being diagnosed later (85.7% more than five years after the onset of symptoms).

KEYWORDS: Pituitary adenoma. Prolactinoma. Acromegaly. Cushing's disease.

**Correspondência:** Celso Soares Pereira Filho. Residência médica em: Endocrinologia e Metabologia Hospital Universitário do Piauí/Ebserh, HU-UFPI/Ebserh, Brasil. Teresina, Piauí, Brasil. e-mail: [celsospf@outlook.com](mailto:celsospf@outlook.com)

**Editado por:**  
Jussara Maria Valentim Cavalcante Nunes  
Marcelo Cunha de Andrade  
**Revisado/Avaliado por:**  
Wallace Rodrigues de Holanda Miranda  
Marcelo Cunha de Andrade

**Como citar este artigo (Vancouver):**

Pereira Filho CS. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com Adenoma Hipofisário do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí. J. Ciênc. Saúde [internet]. 2025 [acesso em: dia mês abreviado ano]; JCS HU-UFPI. Jan. - Abr. 2025; 8(1):7-16. DOI: <https://doi.org/10.26694/jcshu-ufpi.v8i1.6601>

Esta obra está licenciada sob uma Licença *Creative Commons* [Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



## INTRODUÇÃO

A adeno-hipófise é composta por células altamente diferenciadas derivadas do ectoderma oral, responsáveis pela secreção de hormônios específicos, regulados por fatores de transcrição próprios de cada linhagem celular. Entre essas células, destacam-se: lactotróficos (prolactina - PRL), somatotróficos (hormônio do crescimento - GH), corticotróficos (pró-opiomelanocortina - POMC, precursor do ACTH), gonadotróficos (FSH e LH) e tireotróficos (TSH). Adenomas hipofisários, neoplasias predominantemente benignas, originam-se de uma ou mais dessas linhagens ou de células nulas que não expressam produtos gênicos detectáveis<sup>(1)</sup>.

Este estudo avaliou o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com adenomas hipofisários atendidos no serviço de Endocrinologia e Metabologia do HU-UFPI, destacando a importância do diagnóstico precoce para determinar o tratamento mais adequado (clínico, cirúrgico ou radioterápico) e melhorar o prognóstico.

Os parâmetros analisados incluíram: sexo, tamanho do tumor, idade ao diagnóstico, tempo de sintomas até diagnóstico e início do tratamento, efeitos hormonais, hipóteses de linhagem, apoplexia pituitária, invasão tumoral (classificação de Knosp), tratamentos realizados e alterações após análise histológica.

A avaliação reforça o papel do HU-UFPI como referência em adenomas hipofisários. O hospital oferece recursos avançados, como testes dinâmicos, ressonância magnética, campimetria, cirurgias transesfenoidais e acompanhamento por Endocrinologia, Neurocirurgia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

## MÉTODOS

Este projeto seguiu a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes éticas para pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI), com registro CAAE 79417324.4.0000.8050. O Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) foi firmado, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi dispensado, considerando que os dados foram coletados sem contato direto com pacientes ou familiares.

Entre dezembro de 2023 e junho de 2024, os dados foram coletados por meio de instrumento padronizado para uma pesquisa descritiva de coorte longitudinal retrospectivo, englobando aspectos quantitativos e qualitativos. A fonte de dados consistiu em registros de pacientes atendidos pelo serviço de Endocrinologia e Metabologia de um hospital terciário em Teresina, abrangendo o período de julho de 2013 a julho de 2023, acessados pelo sistema AGHU. A amostra incluiu pacientes com diagnóstico confirmado de adenoma hipofisário, baseado em avaliação clínica, laboratorial e de imagem.

Os casos de adenomas hipofisários foram sistematizados em prolactinoma, adenoma clinicamente não funcionante (ACNF), acromegalia, doença de Cushing (DC) e tireotropinoma. O diagnóstico de prolactinoma foi estabelecido quando os níveis séricos de prolactina (diluída ou não) forem superiores a 100 ng/mL na presença de um tumor hipofisário, e os pacientes tendo mostrado resposta terapêutica aos agonistas da dopamina. Acromegalia foi definida por níveis de fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-1) acima da faixa de referência para idade e sexo e GH não suprimido durante teste oral de tolerância à glicose (TOTG), na presença de um tumor hipofisário. O diagnóstico de DC foi baseado em evidência bioquímica de hipercortisolismo ACTH dependente com níveis de

ACTH não supressos ( $> 20$  pg/mL) na presença de um tumor hipofisário, ou cateterismo bilateral de seios petrosos evidenciando gradiente ACTH centro-periferia  $\geq 2,0$  ou  $> 3,0$  após estimulação com desmopressina. ACNF foi diagnosticado na presença de tumor hipofisário não associado com evidência clínica ou bioquímica de hipersecreção hormonal. Não houve casos de tireotropinoma, mas o método diagnóstico utilizado baseou-se em um TSH alto ou inapropriadamente normal na presença de níveis altos de tiroxina com tumor hipofisário. Nos casos em que foi realizado cirurgia, o diagnóstico definitivo foi baseado no exame patológico e imuno-histoquímico dos resultados. Pacientes foram excluídos da análise quando os dados clínicos, laboratoriais e imaginológicos disponíveis não suportarem uma definição do diagnóstico de adenoma hipofisário, se após a cirurgia for estabelecido um diagnóstico de lesão não adenomatosa pelo estudo histopatológico ou se tiverem menos de duas consultas no hospital.

Os casos de deficiência hormonal foram definidos das seguintes formas: 1) o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal foi considerado prejudicado quando o nível de cortisol sérico basal (dosado entre 8 e 9 horas) for inferior a 3 mcg/dL ou quando  $< 18$  mcg/dL após teste de estimulação de cosintropina ou com teste de tolerância à insulina (ITT); 2) o eixo hipófise-tireoide foi considerado deficiente quando a tiroxina sérica livre e/ou total estiver baixa ou para os níveis de referência na presença de um TSH baixo ou inapropriadamente normal; 3) em pacientes com níveis séricos normais de prolactina, o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal foi considerado afetado em homens quando seus níveis basais de testosterona total e/ou livre (calculada ou dosada) estavam abaixo do intervalo de referência, em associação com níveis baixos ou normais de hormônio folículo estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH). Nas mulheres, esse diagnóstico foi estabelecido quando os níveis de FSH estavam inadequadamente baixos em mulheres na menopausa, ou quando amenorreia

hipogonadotrófica for detectada em mulheres na pré-menopausa. O eixo do hormônio do crescimento (GH) foi diagnosticado através de IGF-1 abaixo dos níveis de referência e confirmados com avaliação de GH com teste de tolerância à insulina (ITT) abaixo da referência, com hipoglicemia documentadamente menor que 40 mg/dL.

Características dos pacientes, incluindo idade, apresentação clínica e diagnóstico foram registrados. As características clínicas na apresentação foram classificadas como: 1) excesso de hormônio, nos casos com sintomas relacionados a excesso de hormônio hipofisário confirmado; 2) efeitos de massa, nos casos com cefaleia e/ou déficit visual e 3) hipopituitarismo, nos casos com sintomas de deficiência de hormônio hipofisário confirmada. Nos pacientes com  $\geq$  deficiências hormonais, consideraremos pan-hipopituitarismo. Adenomas hipofisários sem pelo menos uma dessas três características clínicas foram considerados irrelevantes e excluídos.

Os adenomas hipofisários foram classificados como macroadenomas (diâmetro  $\geq 10$  mm) e microadenomas ( $< 10$  mm). A invasão do seio cavernoso foi avaliada conforme a classificação de Knosp, que utiliza linhas anatômicas entre a artéria carótida interna supraclinoidea e intracavernosa em imagens coronais de ressonância magnética. A classificação inclui: grau 0 (tumor medial à tangente medial); grau 1 (tumor entre a tangente medial e a linha intercarotídea); grau 2 (tumor entre a linha intercarotídea e a tangente lateral); grau 3A (tumor lateral à tangente lateral, acima da carótida intracavernosa) ou grau 3B (abaixo da carótida intracavernosa); e grau 4 (envolvimento completo da artéria carótida interna intracavernosa).

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2023 e junho de 2024 pelo pesquisador, por meio da análise de prontuários eletrônicos de pacientes com diagnóstico de adenoma hipofisário em acompanhamento no ambulatório de Endocrinologia e

Metabologia do HU-UFPI, abrangendo o período de julho de 2013 a julho de 2023.

Os prontuários forneceram dados epidemiológicos registrados em instrumento padronizado de coleta. Além dos critérios de inclusão, foram avaliados: sexo, tamanho do tumor, idade ao diagnóstico, duração dos sintomas até o diagnóstico, tempo até o início do tratamento, hipótese inicial de linhagem hipofisária, ocorrência de apoplexia pituitária, tratamento realizado, alterações no diagnóstico após análise histológica e seguimento com outros especialistas.

Os dados foram organizados nos programas Microsoft® Excel e Word (Office 365 Home) e analisados no BioEstat® 5.3.5. O nível de significância adotado foi  $p \leq 0,05$ , com resultados apresentados em gráficos e tabelas.

## RESULTADOS

O presente trabalho avaliou um total de 86 pacientes com adenoma hipofisário de um hospital público terciário de Teresina-PI, que passaram por consulta no ambulatório de Endocrinologia e Metabologia durante o período de dezembro de 2013 a junho de 2024. Foram descartados 56 instrumentos de coleta de dados, tanto de indivíduos que tiveram um quadro de Cushing exógeno (10), de etiologia adrenal (03) ou que tiveram o quadro descartado em algum momento (23), assim como de tumores que foram classificados como não adenoma (02), macroprolactinemia (01), hiperprolactinemia idiopática (01) e cujos dados foram considerados insuficientes (07).

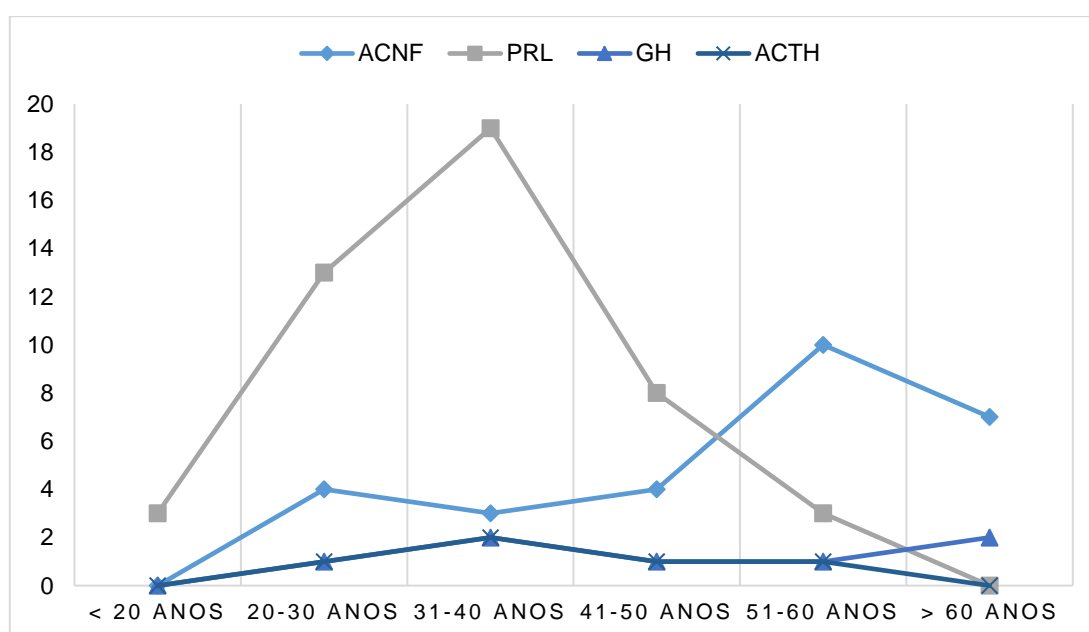
**Tabela 1** – Distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%) das características epidemiológicas de pacientes com adenoma hipofisária

Variáveis	Total	
	n	%
<b>Idade</b>		
< 20 anos	0	(0,0)
20 a 30 anos	10	(11,6)
31 a 40 anos	13	(15,1)
41 a 50 anos	27	(31,3)
51 a 60 anos	21	(24,4)
> 60 anos	15	(17,4)
<b>Etnia</b>		
Parda	72	(83,7)
Branca	12	(13,9)
Preta	2	(2,3)
Indígena	0	(0,0)
Amarela	1	(1,1)
<b>Sexo</b>		
Masculino	20	(23,0)
Feminino	66	(76,7)
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	4	(4,6)
Alfabetizado	5	(5,8)
Ensino fundamental incompleto	27	(31,3)

Ensino fundamental completo	8	(9,3)
Ensino médio incompleto	7	(8,1)
Ensino médio completo	22	(25,5)
Ensino superior incompleto	4	(4,6)
Ensino superior completo	9	(10,4)
<b>Procedência</b>		
Teresina	38	(44,1)
Fora de Teresina	48	(55,8)

Fonte: pesquisa direta.

**Gráfico 1** – Distribuição dos adenomas hipofisários de acordo com a idade de diagnóstico



Fonte: pesquisa direta.

Acima, vemos a distribuição em relação com a idade do diagnóstico. A faixa etária mais acometida foi a 4ª década de vida, seguida da 3ª. Como há menos casos de tumores somatotróficos e tumores corticotróficos, não é observado de uma maneira muito clara uma maior faixa etária acometida de maneira isolada, embora seja possível pontuar que só foram observados casos diagnosticados em > 60 anos no primeiro grupo. Em relação aos prolactinomas e

adenomas clinicamente não funcionantes, no primeiro existe uma clara maior incidência na faixa também de maior prevalência, devido a ser mais comum de ser diagnosticado, principalmente em mulheres. Vemos que existe uma forte curva ascendente dos diagnósticos < 20 anos até o seu pico dos 31 aos 40 anos, com uma curva descendente após. Em contrapartida, o segundo grupo tende a subir de acordo com o envelhecimento, tendo seu maior pico na faixa dos 51 a 60 anos.

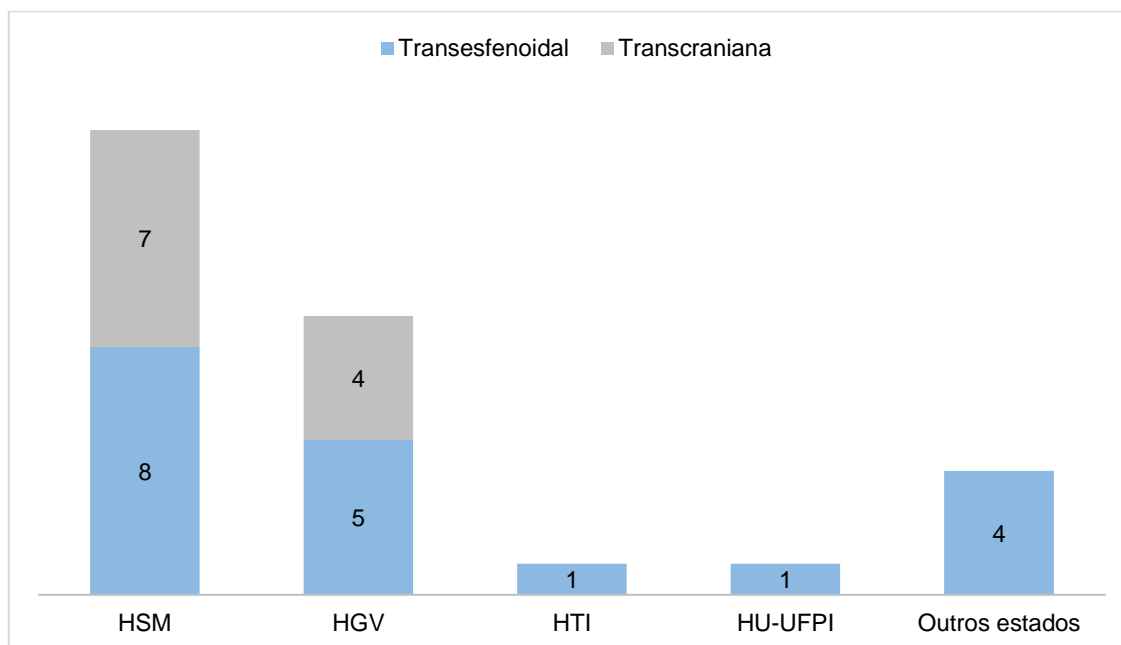
**Tabela 2** – Características clínicas dos pacientes com adenomas hipofisários

Sintomas	n	%
Alteração menstrual	39	(45,3)
Galactorreia	30	(34,8)
Cefaleia	30	(34,8)
Hipopituitarismo	18	(20,9)
Baixa AV	17	(19,7)
Alteração CV	15	(17,4)
Astenia	8	(9,3)
Libido reduzida	6	(6,9)
Apoplexia pituitária	3	(3,4)
Impotência	3	(3,4)
Nenhum	13	(15,1)

**Fonte:** pesquisa direta.

Pelo gráfico e tabela acima, vemos que a grande prevalência de prolactinomas no sexo feminino reflete também nas principais características observadas, que envolvem alteração menstrual e galactorreia. As outras alterações, hipopituitarismo, baixa acuidade visual e alteração de campo visual tem impacto também visto

que os adenomas clinicamente não funcionantes foram o segundo tipo de adenoma hipofisário mais encontrado, o que corrobora com esses sintomas, visto que podem ser entendidos como sintomas compressivos devido a massa tumoral (78,5% eram macroadenomas).

**Gráfico 2** – Hospitais onde foram realizadas as cirurgias hipofisárias e via de preferência

**Fonte:** pesquisa direta.

Foi categorizado os hospitais em que os pacientes acompanhados pela Endocrinologia e Metabologia do HU-UFPI estavam sendo acompanhados, sendo eles quatro no próprio Estado: Hospital São Marcos (HSM), Hospital Getúlio Vargas (HGV), Hospital de Terapia

Intensiva (HTI) e o próprio Hospital Universitário. É possível observar uma divisão bem próxima entre os meios transesfenoidal e transcraniano nos primeiros dois hospitais, embora ao todo houve maior preferência pelo primeiro método (64,5%).

**Tabela 3** – Tempo para diagnóstico e tempo para o primeiro tratamento dos adenomas hipofisários

Variáveis	Linhagem								p-valor
	ACNF		PRL		GH		ACTH		
<b>Diagnóstico</b>	n = 28	%	n = 46	%	n = 7	%	n = 5	%	<b>&lt; 0,01<sup>a</sup></b>
< 6 meses	4	(14,2)	7	(15,2)	-	-	-	-	
6-12 meses	5	(17,8)	22	(47,8)	-	-	-	-	
13-24 meses	14	(50,0)	9	(19,5)	-	-	1	(20,0)	
25-36 meses	3	(10,7)	2	(4,3)	-	-	2	(40,0)	
37-48 meses	-	-	-	-	-	-	1	(20,0)	
49-60 meses	1	(3,5)	-	-	1	(14,2)	1	(20,0)	
> 60 meses	1	(3,5)	6	(13,0)	6	(85,7)	-	-	
<b>Tratamento</b>									<b>&lt; 0,01<sup>b</sup></b>
< 6 meses	6	(21,4)	30	(65,2)	-	(?,?)	1	(20,0)	
6-12 meses	13	(46,4)	12	(26,0)	2	(28,5)	1	(20,0)	
13-24 meses	5	(17,8)	3	(6,5)	2	(28,5)	-	(20,0)	
25-36 meses	3	(10,7)	1	(2,1)	2	(28,5)	2	(40,0)	
37-48 meses	1	(3,5)	-	-	-	-	-	-	
49-60 meses	-	-	-	-	-	-	1	(20,0)	
> 60 meses	-	-	-	-	1	(14,2)	-	-	

a = Teste qui-quadrado de Pearson com correção de Yates; b = Teste exato de Fisher.

Fonte: pesquisa direta.

Os prolactinomas são majoritariamente identificados em até um ano do início dos sintomas, que mais comumente são alteração do ciclo menstrual, principalmente amenorreia, e em segundo lugar galactorreia, correspondendo a 63% dos casos. O tempo para o tratamento também é muito curto, sendo 65,2% em menos de seis meses e 91,3% em até um ano. Sobre

os tumores não funcionantes, houve maior demora para ocorrência do diagnóstico, que se deu entre 13 e 24 meses (46,4%) e, embora o tratamento na maioria dos casos ocorreu em até um ano (67,9%), houve mais casos que se estenderam além desse período quando comparamos com os prolactinomas que demoraram > 12 meses para iniciar algum tratamento (32,1 contra 8,6%). Os somatotropinomas e corticotropinomas,



apesar de em menor quantidade, já que juntos representam 13,9% de todos os adenomas do estudo, também apresentam a particularidade de não serem diagnosticados de maneira tão precoce.

## DISCUSSÃO

Devido ao hospital não atender pessoas menores que 18 anos, sendo elas referenciadas para outros serviços, é compreensível que não foram encontrados pacientes na faixa de < 20 anos de idade. Existe uma distribuição heterogênea em relação ao grau de escolaridade e os pacientes eram mais provenientes de fora de Teresina (55,8%), o que pode refletir bem a assistência do serviço ao restante do Estado, embora não haja dados comparativos com outros hospitais. Apesar do HU-UFPI ter atendimento de Endocrinologia e Metabologia e Neurocirurgia, apenas em 2023 ocorreu a liberação para a primeira cirurgia hipofisária, e muitos pacientes antes ou já eram atendidos primeiramente em hospitais que realizavam o procedimento ou eram encaminhados diretamente.

Não foi observado significância estatística quando comparado o sexo<sup>(2-4)</sup>. Outros trabalhos que avaliaram ao todo 249 pacientes, quase o triplo dos pacientes avaliados no presente estudo, não diferenciaram em relação ao sexo, mas houve similarmente maior prevalência de prolactinoma (73,2 contra 53,2%), mas muito menos de adenoma clinicamente não funcionante (2,0 contra 32,5%), corticotropinoma (0,4 contra 5,8%) e somatotropinoma (1,6 contra 8,1%)<sup>(5)</sup>.

Diferentemente de quando foi tentando diferenciar os adenomas com relação a gênero e sexo, tanto em relação a tempo para diagnóstico quando em relação a tempo para o primeiro tratamento houve valores considerados estatisticamente significantes, com o p-valor inclusive sendo < 0,01. O que nos chama atenção em relação a esses diagnóstico é,

primeiramente, que os prolactinomas são majoritariamente identificados em até um ano do início dos sintomas, que mais comumente são alteração do ciclo menstrual, principalmente amenorreia, e em segundo lugar galactorreia, correspondendo a 63% dos casos. O tempo para o tratamento também é muito curto, sendo 65,2% em menos de seis meses e 91,3% em até um ano, o que reflete novamente a questão dessa linhagem tumoral ter como método preferencial o tratamento clínico com agonistas dopaminérgicos.

A demora para ocorrência do diagnóstico dos tumores não funcionantes em relação a prolactinomas, por exemplo, também reflete a questão do tratamento desses primeiros tumores ser essencialmente cirúrgico. Mas o que é possível pontuar como discrepante é o fato de que, mesmo os houve um número relevante de casos diagnosticados apenas após cinco anos do início dos sintomas (13%), mesmo com a maioria dessas pessoas com o tumor tendo sintomatologia clínica mais suscetível a investigação do que os demais, já que basta a realização de dosagem de prolactina para levantar a suspeita. Não foi identificado uma descrição clara nos prontuários eletrônicos que levassem a encontrar um motivo exato para isso, mas todas as pacientes já se apresentavam para a consulta com a Endocrinologia com uma história de longa data, o que mostra que por vezes existe um vão entre o início desses sintomas e a primeira consulta com a especialidade.

Apesar de as outras faixas de tempo dos somatotropinomas e dos corticotropinomas serem praticamente iguais, muito também pelo pouco índice de casos, na primeira linhagem, ainda que comendo apenas sete casos, percebemos algo diferente: todos foram diagnosticados apenas após quatro anos do início de sintomas, e 85% apenas após cinco anos, sendo que em alguns desses casos o tempo estimado do diagnóstico para o início dos sintomas superou dez anos.

Esse tempo longo traduz também a dificuldade de se perceber as alterações morfológicas da acromegalia, que muitas vezes podem passar imperceptíveis por muitos anos, visto que muitos pacientes vão se acostumando com o dismorfismo corporal ou não o veem como algo preocupante o suficiente para buscar consulta médica.

## CONCLUSÃO

---

A maioria dos pacientes com adenomas hipofisários era de fora de Teresina (55,8%), do sexo feminino (76,7%), com maior prevalência entre 20 e 40 anos (37,2%). Prolactinomas foram os adenomas mais frequentes (53,4%), enquanto adenomas não funcionantes foram mais comuns em pacientes acima de 50 anos. Prolactinomas apresentaram menor tempo para diagnóstico e tratamento em comparação com adenomas não funcionantes, corticotropinomas e somatotropinomas, que frequentemente tiveram atraso no diagnóstico. A primeira cirurgia hipofisária no HU-UFPI ocorreu em 2023, com encaminhamentos anteriores a outros hospitais. A diversidade clínica reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar no diagnóstico e tratamento.

## REFERÊNCIAS

---

1. Melmed S, *et al.* Clinical Biology of the Pituitary Adenoma. *Endocr Rev.* 2022 Nov 25;43(6):1003-37. doi: 10.1210/endrev/bnac010.
2. Holanda MMA, Melo CIE, Queiroz MYCF, Silva TS, Pereira MAF. Perfil epidemiológico dos tumores de hipófise e avaliação dos resultados cirúrgicos na cidade de João Pessoa. *RSC online.* 2016; 5(3):22-31. doi: <https://doi.org/10.35572/rsc.v5i3.226>.
3. Larsen PR, Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS. *Williams' textbook of endocrinology.* 10th edition. Philadelphia: Saunders; 2003. p.218-9.

4. Tella-Jr OI, Herculano MA, Delcelo R. Adenomas hipofisários: relação entre invasividade e índice proliferativo tumoral. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2000; 58(4): 1055-63.

5. Aljabri KS, Bokhari SA, Assiri FY, Alshareef MA, Khan PM. The epidemiology of pituitary adenomas in a community-based hospital: a retrospective single center study in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine.* 2016 Sep;36(5):341-5.

**Fontes de financiamento:** Não

**Conflito de interesse:** Não

**Recebido:** 02/04/2025

**Aprovado:** 13/04/2025

**Publicação:** 25/04/2025