



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



233 - ADENOMA HIPOFISARIO PRODUCTOR DE GH Y TSH RESISTENTE A ANÁLOGOS DE la SOMATOSTATINA

L. Díaz, S. González, A. Martín, F. García, N. Avello, A. Rabal, R. Rodríguez y E. Menéndez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Resumen

Caso clínico: Mujer de 74 años con HTA, DL, DM2 de larga evolución con mal control, multidosis de insulina y RD, cardiopatía hipertensiva con hospitalizaciones múltiples por IC (ETT: dilatación de VI con función severamente afectada), y sd ventilatorio mixto. En estudio por cefalea se realiza TC con masa hipofisaria. RMN: masa selar de $3,6 \times 3,3 \times 2,6$ cm con extensión supraselar. Sin afectación en el estudio oftalmológico. Estudio hormonal: TSH 2,28, T4L 3,46, T3L 5,57, AcTPO 93, TSI 1,1, GH 13,60, IGF1 426 [64-188], PRL 8,62, ACTHam 12,2, ACTHpm 12,4. Subunidad alfa libre 4,7 (N 1,6). TSI negativos. Se inicia tratamiento con AASS. En 6 semanas se normaliza la IGF1 pero no las hormonas tiroideas. Aumento progresivo de dosis hasta dosis máxima de ocreótideLAR, con respuesta sin normofunción. Se añade AASS de acción corta con buena tolerancia sin respuesta. Se procesan muestras por otros métodos y se descarta macroTSH. Se inician antitiroideos para alcanzar normofunción de cara a cirugía, que se consigue tras 6 semanas. Resección por vía transesfenoidal. En el postoperatorio presentó insuficiencia respiratoria con ingreso en UCI, recuperación lenta pero completa. AP: adenoma hipofisario, IHQ negativa para ACTH, LH, yTSH. Estudio de resistencia a hormonas tiroideas negativo. Persiste resto hipofisario e hipertiroidismo poscirugía, reinicia antitiroideos. Persiste IGF1 elevada, reinicia AASS. Se administran 30 mCi de I131. 5 semanas tras su administración: TSH 7,6, T4l 1,64, T3l 2,4. Se inicia sustitución manteniéndose desde entonces en normofunción y estable clínicamente, con mejoría de las complicaciones de su hipertiroidismo.

Discusión: Los TSHomas son raros, 0,5-3% de los tumores hipofisarios funcionantes, y 1% de las causas de hipertiroidismo. El tratamiento de elección es la cirugía vTE, previa restauración de normofunción. Más del 85% responden a AASS. En nuestro caso, ante persistencia tras tratamiento médico y alto riesgo para cirugía, se decidió administrar radioyodo para evitar la hiperfunción tiroidea.