



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



265 - HIPOTIROIDISMO POR CONSUMO EN PACIENTE CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO

S. Civantos Modino^{1,2}, E. Cancer Mincho¹, G. Cánovas Molina¹, A. Rodríguez Robles¹, I. Montesinos¹ y R. Villar Vicente¹

¹Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Fuenlabrada. ²Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Quirón Pozuelo.

Resumen

Introducción: El hipotiroidismo por consumo es un síndrome infrecuente debido a un incremento en la actividad de la desyodinasas de la tiroxina 3 (D3) de origen tumoral que inactiva la T4 y la T3 convirtiéndolas en T3r y T2 respectivamente estimulando la TSH.

Caso clínico: Paciente de 64 años con hipotiroidismo 1º de difícil control precisando aumento de dosis hasta llegar 325 µg/día. En la analítica inicial se objetiva: TSH 5,2 (RN: 0,38-5,33) µUI/ml, T4L 1,45 (RN: 0,61-1,12) ng/dl, T3L 2,6 (RN: 2,5- 3,9) pg/ml, Ac anti-TPO 183 (RN: 0-9) UI/ml. A pesar de dosis elevadas llega a tener TSH > 100 µUI/ml asegurando buen cumplimiento terapéutico. Las pruebas para descartar patologías vinculadas a malabsorción resultan negativas (*H. pylori*, celiaquía y gastritis crónica). Se descarta implicación con la técnica de laboratorio. Ante el aumento de niveles de TSH se plantea la posibilidad de TSHoma. El test de estimulación con TRH lo descarta. Ecografía y TC realizados por dolor abdominal: masa intraabdominal de 23 cm peritoneal muy vascularizada sin infiltración. Se modifica el tratamiento por sospecha de hipotiroidismo consuntivo: liofiroxina sódica 25 µg 1 comp cada 8 horas y levotiroxina líquida 240 mcg/día. Se solicita T3r: 1,28 ng/ml (RN: 0,09-0,35). Tras biopsia se realiza extirpación de la tumoración. AP: tumor fibroso solitario productor de grasa bien delimitado de 23 cm y 3.050g. Tras la intervención es preciso reducir la dosis de levotiroxina hasta 100 µg/día con resultado hormonal dentro de la normalidad. La paciente se encuentra asintomática y sin datos de recidiva tumoral.

Discusión: El hipotiroidismo consuntivo es un síndrome paraneoplásico raro que cursa con TSH elevada, T4I y T3I en rango normal/bajo y T3r elevada. En pacientes con tiroides competente se produce una compensación parcial. En pacientes con hipotiroidismo primario, obliga a aumentar levotiroxina hasta dosis suprafisiológicas. El tratamiento es el del tumor que lo produce y debe ser considerado en el diagnóstico diferencial del hipotiroidismo.