



237 - MACROADENOMA HIPOFISARIO SECRETOR DE TSH. PRODUCCIÓN TARDÍA DE GH QUE ESCAPA AL TRATAMIENTO MÉDICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Atencia Goñi¹, R. García-Centeno¹, P. Elvira Ruiz², M. Picallo Pérez¹, B. Weber¹, M. Miguélez González¹, N. Brox Torrecilla¹, L. González Fernández¹, D. Muñoz Moreno¹ y O. González Albarrán¹

¹Endocrinología y Nutrición; ²Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Introducción: Los tirotropinomas (TSHomas) suponen un pequeño porcentaje de los tumores hipofisarios. Aproximadamente el 30% de ellos co-secretan hormona de crecimiento (GH), prolactina o aGSU de la TSH. El tratamiento se basa en la cirugía pudiéndose usar análogos de somatostatina (ASS) de acción prolongada o agonistas de dopamina. Presentamos el caso de un TSHoma con 12 años de seguimiento en nuestro centro.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 73 años que acude en el año 2008 por TSH de 13,5 mUI/L (0,35-4,94) y T4L en rango con pérdida de 8 kg de peso y palpitaciones. Recibió tratamiento con Levotiroxina inicialmente. Tras test de estimulación con TRH se diagnosticó de TSHoma y se solicitó RM hallándose un macroadenoma hipofisario de 25 × 19 × 16 mm con invasión del seno cavernoso izquierdo. Se inició tratamiento con Octreotide LAR 20 mg/28 días por rechazo de la cirugía. En el control con RM el tamaño permanecía estable y se aumentó la dosis a 30 mg consiguiendo el control analítico y reduciendo el volumen un 50%. Aunque inicialmente los valores de IGF-1 eran normales, en el seguimiento se apreció un aumento progresivo sin cambios clínicos que llegó a ser de +4,53 DE en el año 2018 con nadir de 1,14 en test de supresión de GH. Se inició tratamiento con cabergolina 2 mg/sem con mejoría de IGF-1 hasta +3,25 DE. Durante todo el seguimiento el perfil tiroideo se mantuvo normalizado. El tamaño del adenoma continúa siendo menor que al diagnóstico y no han aparecido síntomas.

Discusión: Los tirotropinomas son adenomas hipofisarios raros, aunque la co-secreción hormonal se encuentra con cierta frecuencia. Dentro de los casos con tratamiento basado en ASS se ha observado la aparición de secreciones tardías de GH que escapan al control de los análogos pero que mantienen la secreción de TSH controlada como en nuestro caso. El fenómeno podría basarse en una resistencia adquirida a los ASS o al desarrollo de células quiescentes. Se necesitan más datos para poder sacar conclusiones sobre este fenómeno.