



294 - ADENOMA HIPOFISARIO PRODUCTOR DE TSH DIAGNOSTICADO DE MODO RETROSPECTIVO

D. Cepero García^a, M.T. Alzate Narváez^c, S. Ferra Martínez^b y M. Vázquez Gutiérrez^a

^aUnidad de Endocrinología y Nutrición; ^bServicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España. ^cServicio de Endocrinología. Hospital Mediterráneo. Almería. España.

Resumen

Caso clínico: Varón de 39 años de edad, sin AP destacables, en estudio neurológico por cefalea se detecta masa hipofisaria en 2010. No síntomas de disfunción endocrinológica. La RN revela un macroadenoma hipofisario (3 × 3 cm) con extensión supraselar y afectación campimétrica bitemporal. Estudio basal: cortisol 5,6 ?g/dl ACTH: 23 pg/ml PRL: 33 ng/ml Testost: 7 nmol/L FSH: 4 LH: 3 TSH: 11 FT4: 0,75 ng/dl GH 2 IGF1 124 ng/ml. Se deriva a Neurocirugía e interviene (CTE) sin complicaciones. Alta con tiroxina 100 e hidroaltesona. Seguido por neurocirugía en 2011, la RN indicaba escasa reducción tumoral, recibiendo tratamiento con radioterapia esteroatáxica fraccionada. A final de 2013 reaparece en la consulta de endocrinología, con síntomas de hipogonadismo y astenia. Tomaba tiroxina 75 e hidroaltesona 10 mg/d. Análisis: cortisol: 2,7 ACTH: 7 PRL: 31 Testost: 1 FSH: 2 TSH: 24 FT4: 8,8 Anticuerpos TPO: 224 IGF1: 115. Campimetría normal. RNH con persistencia de tumor (22 × 20 mm). Se añade testosterona 250 mg/m. En 2014 se reevalúa destacando TSH: 56 y 96 FT4: 0,85 anticuerpos TPO: 236 TG: 126 TSI(-) subunidad alfa GP: 4,5 mUI/ml (N 0,8). Eco tiroidea: compatible con tiroiditis crónica. Con estos datos reconsideramos el diagnóstico, pensando que se trata de un adenoma productor de TSH, coincidente con HT autoinmune. Se le ajusta dosis de tiroxina (125) y añadimos Octeótride-LAR 20 mg/m. En la siguiente revisión presentaba una TSH: 8 FT4: 1,1 y subunidad alfa: 1,4. Pendiente reevaluar pieza histopatológica.

Discusión: Los TSH-omas son raros (1-2% AH). Un 75% son macroadenomas invasivos. Clínicamente cursan con hipertiroidismo variable (TSH normal-alta FT4 alta). Deben diferenciarse del síndrome de resistencia a HT. LA CTE es el tratamiento de elección (solo curan 1/3). La radioterapia suele ser necesaria y los ASS han mostrado eficacia en el control del hipertiroidismo, así como en la reducción tumoral. Este caso, destaca por la coincidencia con un hipotiroidismo primario que dificultó la interpretación hormonal. Esta asociación es bastante infrecuente por lo que nos parece interesante.