



<http://www.elsevier.es/semergen>

452/61 - HIPOTIROIDISMO ¿PRIMARIO?

L. Viñas Terris¹, D. Fernández Punset², L. Bosch Capdevila³, V. Osorio Rosales⁴

¹Centro de Salud Vilaroja. Girona. ²Médico de Familia. Centro de Salud Vilaroja. Girona. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vilaroja. Girona. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Taialà. Girona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años diagnosticada de hipotiroidismo primario desde hace 20 años, en tratamiento con levotiroxina 50 ?g diarios, con ecografía tiroidea normal y en seguimiento por endocrinólogo de una clínica privada sin disponer del análisis del diagnóstico. La paciente acude a la consulta para recoger los resultados del análisis de sangre de control solicitados después de aumentar el tratamiento con levotiroxina a 75 ?g/24h, que muestra una TSH dentro de los valores normales con T4 disminuida. En analíticas anteriores función tiroidea sin alteraciones.

Exploración y pruebas complementarias: En la anamnesis la paciente refiere que se encuentra bien, pero desde hacía unos meses presentaba astenia. Se realiza una exploración física completa sin alteraciones destacables y sin alteración del campo visual explorado por confrontación. Se solicita análisis con perfil hormonal de hipófisis que muestra LH, FSH, somatotropina y somatomedina normales, pero prolactina elevada (61 ng/mL) y cortisol disminuido (3,32 ?g/dL). Se realiza RMN hipofisaria que muestra macroadenoma hipofisario con signos de invasión del seno cavernoso izquierdo. Se deriva la paciente a consulta de endocrinología y se realiza campimetría que muestra afectación bilateral importante del campo visual. Se inicia tratamiento con cabergolina y hidroaltesona, mejorando la astenia y realización de nuevo campo visual con mejoría de la visión del ojo derecho. Se realiza intervención quirúrgica de resección del macroadenoma por parte de neurocirugía sin incidencias, pero con resección incompleta. Inmunohistoquímica de adenoma secretor de GH y prolactina. La paciente sigue ahora en tratamiento con hidroaltesona 5 mg-5 mg-0 y levotiroxina 100 ?g/24h. Se realizan controles analíticos y de RMN hipofisaria, con estabilidad de la lesión desde la intervención quirúrgica. Sigue seguimiento con endocrinología.

Juicio clínico: Ante paciente con diagnóstico de hipotiroidismo primario que en analítica actual se constata T4 baja con TSH normal (anormalmente normal) se plantea el diagnóstico de hipotiroidismo central, por lo que se sospecha de patología hipofisaria.

Diagnóstico diferencial: En este caso se debería plantear el diagnóstico diferencial entre hipotiroidismo central y hipotiroidismo primario o autoinmune.

Comentario final: Ante un perfil tiroideo que muestra T4 baja y TSH no congruente (normal o baja) se debe sospechar hipotiroidismo central. El concepto de TSH anormalmente normal se refiere a TSH no congruente con los valores de T4. Cuando se diagnostica un hipotiroidismo central se debe realizar una evaluación global adenohipofisaria (ejes tirotropo, gonadotropo, corticotropo y somatotropo) y ante alguna alteración hacer una derivación a endocrinología para valorar seguir el estudio realizando una RMN hipofisaria y, si procede, unos

campos visuales.

Bibliografía

Halperin I, Cámara R, García M, García-Agulló DO, Seen N De. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento del prolactinoma y la hiperprolactinemia. 2013;60(6):308-19.

Gilsanz A, Moreno B, Obiols G, Zugasti A, Lucas T, Torres E, et al. Guía clínica del diagnóstico y tratamiento de los tumores hipofisarios no funcionantes y gonadotropinomas. 2006;53(1):13-8.

Mundet JO. Los principales problemas de salud. Hipotiroidismo del adulto. 2010;6(1):4-11.

Palabras clave: Hipotiroidismo. Hipófisis. Adenoma.