

Carta al Director

Tolerabilidad y eficacia en el tratamiento a largo plazo con polímeros de análogos de somatostatina en tirotropinomas.

A propósito de 2 casos

Señor Director:

El uso de polímeros de análogos de somatostatina ha permitido una mejor posología en el tratamiento de los tumores hipofisarios productores de tirotropina (TSH) (tirotropinomas). Exponemos nuestra experiencia en dicha enfermedad a propósito de 2 casos.

El primer caso es una mujer de 49 años con clínica sugerente de hipertiroidismo y valores elevados de hormonas tiroideas (tiroxina libre [T₄L], 6 ng/dl [0,8-2] y triyodotironina libre [T₃L], 10 pg/ml [1,8-4,6]) y de TSH (7,68 mU/ml [0,38-4,84]). En la resonancia RM hipofisaria se identificó un adenoma de 1,2 x 1,1 cm hipocaptante. Con el diagnóstico de tirotropinoma, se intervino quirúrgicamente con posterior tratamiento con análogos de somatostatina (lanreótida, 30 mg s.c./10 días). Seis meses después, debido a la persistencia de la sintomatología clínica y a la elevación de hormonas tiroideas, se realizó una reintervención quirúrgica con posterior tratamiento nuevamente con análogos de somatostatina durante un año (lanreótida, 30 mg s.c./14 días), con persistencia de valores elevados de hormonas tiroideas, por lo que se inició tratamiento con polímeros de análogos de somatostatina (somatulina autogel, 120 mg s.c./60 días); presentó normalización de hormonas tiroideas (TSH, 0,5 mU/l; T₄L, 1,7 ng/dl; T₃L, 3,1 pg/ml) y permaneció durante un año de tratamiento sin manifestaciones clínicas.

El segundo caso es una mujer de 36 años diagnosticada de macroadenoma hipofisario productor de TSH (tirotropinoma) (TSH, 5,99 mU/l; T₄L, 3,0 ng/dl; y T₃L, 8,4 pg/ml). La paciente fue intervenida quirúrgicamente, y a continuación se realizó tratamiento con análogos de somatostatina (lanreótida, 30 mg s.c./14 días), y posteriormente con polímeros de análogos de somatostatina (somatulina autogel, 60 mg s.c./60 días), con buena tolerancia clínica, desaparición de la clínica hipertiroidea y disminución de la concentración de hormonas tiroideas (TSH, 3,0 mU/l; T₄L, 1,8 ng/dl; y T₃L, 3,6 pg/ml), y continuación del tratamiento durante un año sin complicaciones.

Consideramos oportuno destacar la ausencia de efectos secundarios graves en el tratamiento con polímeros análogos de somatostatina después de un año de tratamiento, con buena tolerabilidad y normalización de los valores de hormonas tiroideas presentes.

El tratamiento de los tirotropinomas continúa siendo quirúrgico, con resección completa del tumor hipofisario¹. Sin embargo, en muchos pacientes la normalización posterior de los valores de hormonas tiroideas no se consigue², e incluso con la adición de radioterapia la curación sólo acontece en menos del 40%³. La somatostatina inhibe la secreción de TSH, y sus análogos han demostrado la supresión de la secreción de TSH en más

del 90% de tirotropinomas y una disminución del 50% del tamaño⁴. Con el desarrollo de análogos de liberación retardada se ha evitado las molestias derivadas de las múltiples inyecciones de octreótida, y el resultado es igual de eficaz⁵. Se ha demostrado en tirotropinomas intervenidos e irradiados la mejoría clínica y la normalización hormonal, así como la estabilización del tamaño tumoral en pacientes tratados con análogos de somatostatina⁶. Asimismo, en una serie de 16 pacientes⁷ se observó una reducción de los valores hormonales tiroideos y una mejoría de la sintomatología acompañante, sin apreciarse cambios significativos en el tamaño tumoral. Los efectos secundarios fueron mínimos y en ningún caso fue preciso suspender el tratamiento. Otros estudios sí encontraron reducción del tamaño tumoral después del tratamiento con análogos de somatostatina⁸.

En nuestra experiencia, a un año de tratamiento con polímeros análogos de somatostatina en 2 pacientes con tirotropinomas previamente intervenidos y en tratamiento con análogos de somatostatina, hemos comprobado la franca mejoría de la sintomatología hipertiroidea, la normalización de hormonas tiroideas, sin apreciar cambios sustanciales en el tamaño tumoral. En conclusión, en nuestra experiencia el tratamiento a largo plazo de tirotropinomas con las nuevas formulaciones de polímeros de análogos de somatostatina es eficaz y seguro.

P. López, E. Boix y A. Picó
 Sección Endocrinología y Nutrición. Hospital General
 Universitario de Alicante. Alicante. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beck-Peccoz P, Brucker-Davis F, Persani L, Smallridge RC, Weintraub BD. Thyrotropin-secreting pituitary tumors. *Endocr Rev* 1996;17:610-38.
2. Lusa M, Giovanelli M, Persani L, Mortini P, Faglia G, Beck-Peccoz P. Criteria of cure and follow-up of central hyperthyroidism due to thyrotropin-secreting pituitary adenomas. *J Clin Endocrinol Metab* 1996;81:3084-90.
3. Chanson P, Weintraub BD, Harris AG. Treatment of TSH-secreting pituitary adenomas with octreotide: a follow-up of 52 patients. *Ann Intern Med* 1993;119:236-40.
4. Beck-Peccoz P, Mariotti S, Guillausseau PJ. Treatment of thyrotropin with the somatostatin analog SMS 201-295. *J Clin Endocrinol Metab* 1989;68:208-14.
5. Gancel A, Vuillermet P, Legrand A, Catus F, Thomas F, Kuhn JM. Effects of a slow-release formulation of the new somatostatin analogue lanreotide in TSH-secreting pituitary adenomas. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1994;40:421-8.
6. Gourgoutis L, Skarulis MC, Brucker-Davis F, Oldfield EH, Sarlis NJ. Effectiveness of long-acting octeotide in suppressing hormonogenesis and tumor growth in thyrotropin-secreting pituitary adenomas: report of two cases. *Pituitary* 2001;4:135-43.
7. Kuhn JM, Arlot S, Lefebvre H, Caron P, Cortet-Rudelli C, Archambaud F, et al. Evaluation of the treatment of thyrotropin-secreting pituitary adenomas with a slow release formulation of the somatostatin analog lanreotide. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:1487-92.
8. Warnet A, Lajeunie E, Gelbert F, Duet M, Chanson P, Cophignon C, et al. Shrinkage of a primary thyrotropin-secreting pituitary adenoma treated with the long-acting somatostatin analogue octreotide (SMS 201-995). *Acta Endocrinol (Copenh)* 1991;124:487-91.