



Endocrinología y Nutrición



295 - ADENOMA HIPOFISARIO PRODUCTOR DE TSH CONTROLADO FARMACOLÓGICAMENTE

M. Picallo Pérez, R. García Centeno, Y.L. Olmedilla Ishishi, A. López Guerra, L. Ramírez Rodríguez, M. Requena Angulo, M. Arnoriaga Rodríguez, J. Ágreda García, M.A. Vélez Romero y S. Monereo Megías

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Resumen

Introducción: Los adenomas hipofisarios productores de TSH son una causa rara de hipertiroidismo (< 1%) y representan el 0,5-3% de los tumores hipofisarios funcionantes. Esto baja el índice de sospecha, llevando a un diagnóstico y tratamiento erróneos en la mayoría de los casos.

Caso clínico: Hombre de 80 años, remitido a consultas de Endocrinología por TSH de 13,5 µg/ml y T4L 1,61 mU/L, con adelgazamiento de 8 kg de peso el mes previo. Se decidió iniciar tratamiento con levotiroxina 25 µg/día y fue titulándose la dosis hasta 150 µg/día. Nunca se logró normalizar la TSH, elevándose la T4L hasta 3,01 mU/L. Por lo que se suspendió el tratamiento con levotiroxina, se realizó el test de TRH, obteniendo TSH basal 26,6 y tras estímulo 26,7, con una SHBG 120 nmol/L (VN 12-75 nmol/L). En la RMN (2010) se objetivó un macroadenoma hipofisario de 7,6 cm³ con infiltración de seno cavernoso izquierdo y paredes del seno cavernoso derecho que contacta con quiasma óptico, sin desplazamiento. La campimetría fue normal y el Octreoscan positivo. Se inicia tratamiento con Octeotride LAR 20 mg/28d, con reducción del tamaño tumoral objetivado en RMN. Valorado por neurocirugía, se decide no operar debido a que no presenta compresión quiasmática y a la buena respuesta a la terapia farmacológica. Posteriormente se titula la dosis de Octeotride LAR hasta 30 mg/28d. Se realizan controles analíticos anuales presentando siempre los parámetros hormonales en rango de normalidad. En el último control por imagen (2015) se objetiva reducción del 57% del volumen tumoral respecto a la RMN al diagnóstico, sin signos de infiltración del seno cavernoso.

Discusión: Hay que considerar el TSHoma en el diagnóstico diferencial del hipertiroidismo. El tratamiento definitivo es la cirugía transesfenoidal, habiendo alternativas médicas eficaces con análogos de somatostatina que logran control bioquímico y citorreducción tumoral.