**P 21**

**HIPERPLASIA TÍMICA Y ELEVACIÓN DE CROMOGRANINA A DE CARÁCTER BENIGNO ASOCIADA A HIPERTIROIDISMO POR ENFERMEDAD DE BASEDOW GRAVES**

Cristina Goens Guzmán1, Stefano Macchiavello Theoduloz2, Nicole Lustig Franco2

1Departamento de Endocrinología, Pontificia Universidad Católica ,2 Departamento de Endocrinología, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción**: La hiperplasia tímica (HT) se encuentra en el diagnóstico diferencial de masa mediastínica. Su asociación a hipertiroidismo por Enfermedad de Basedow Graves (EBG) no es infrecuente, pero su incidencia exacta se desconoce y existen solo escasos reportes de HT significativa en la literatura. Presentamos un paciente con masa mediastínica y elevación de Cromogranina A (CA) en quien se sospechó tumor neuroendocrino (TNE)

**Caso Clínico**: Hombre de 51 años, sin antecedentes médicos. Acude a medicina interna por baja de peso de 8 kg asociada a diarrea sin características patológicas de 3 meses de evolución. Al examen físico inicial destacaba un paciente enflaquecido, sin otras alteraciones. Se realizó perfil bioquímico, hemograma, PCR y creatinina que resultaron normales. Se sospechó neoplasia digestiva complementando estudio con EDA y colonoscopía sin alteraciones. Se continuó estudio con TAC TAP que informó timo de mayor tamaño y bocio difuso. En relación a estos hallazgos se plantea TNE tímico y se solicita evaluación por endocrinología y oncología destacando en estudio Ac 5- hidroxiindolacético, ACTH y serotonina plaquetaria normales, CA elevada en 398 ng/ml (VN ≤108) junto a TSH <0.005 uUI/ml y T4L de 2,5 ng/dL (VN 0,9-1,7). Ecografía tiroidea informa flujo vascular aumentado y signos de tiroiditis, los TRAb resultan positivos. En simultáneo se realiza PET Ga que no muestra hipercaptación. Se diagnostica Hiperplasia tímica por EBG, iniciándose drogas anti tiroideas (DAT).

**Discusión**: Una masa mediastínica puede corresponder a linfoma, tumor de células germinales, tumor mesenquimático, masa tiroidea o paratiroidea, timomas e HT, siendo esta distinción de gran importancia pronóstica. Características que orientan a HT son la presencia de una masa homogénea, no invasiva, sin calcificaciones, no quística. En el caso de nuestro paciente la masa era sugerente de HT asociada a EBG, cuya naturaleza es benigna evolucionando a una disminución significativa de tamaño con DAT.

Hay evidencia de receptores de TSH en el timo, lo cual sustenta la ocurrencia de HT en EBG, y existiría correlación entre la hiperplasia con la severidad de tirotoxicosis y niveles de TRAb. Además se postula que el exceso de hormonas tiroideas induciría directamente HT.

Por otro lado, en pacientes con EBG no tratada se observa CA elevada y ésta alza se correlaciona con severidad del hipertiroidismo y niveles de hormonas libres. En estos pacientes la CA cae significativamente después de 6 meses de tratamiento con DAT. El mecanismo que explicaría esta elevación sería la existencia en EBG de un estímulo adrenal exocítico.

El hallazgo de una masa mediastínica junto a CA elevada pueden asociarse a EBG, y es imprescindible estudio con pruebas tiroideas. En este escenario el tratamiento es controlar el Hipertiroidismo además del seguimiento radiológico, evitando procedimientos costosos e invasivos innecesarios.

**Financiamiento:** Sin financiamiento