

## TIROTROPINOMA Y ECTOPIA TIROIDEA: INUSUAL ASOCIACIÓN.

Marcelo Mardones Parga<sup>1</sup>, Miguel Alberto Domínguez Errázuriz<sup>1</sup>, Félix Vásquez Rodríguez<sup>1</sup>, Vjeročka Inostroza Skaric<sup>1</sup>, Gilda Donoso Roselló<sup>1</sup>, Patricia Arroyo Albala<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Juan de Dios Santiago.

**Introducción:** Los tirotropinomas (TP) son los adenomas hipofisarios menos frecuentes (< 1 %). Se presentan entre la quinta y sexta década de vida. Al diagnóstico la mayoría corresponden a macroadenomas (MA) que se originan por mutaciones somáticas del receptor de hormona tiroidea o sobreexpresión de factores transcripcionales. Las manifestaciones clínicas comprenden síntomas tirotóxicos, bocio y los derivados del efecto de masa.

**Caso clínico:** Mujer de 59 años con antecedentes de hipotiroidismo congénito (HC) diagnosticado al año de edad tratado con terapia sustitutiva combinada (T3 + T4). Abandona tratamiento durante adolescencia retomando controles a los 35 años (1995). Evaluada por equipo de endocrinología destacaba en su historia aparición de cefalea holocránea y disminución progresiva de agudeza visual. Al examen exotropía derecha. Reinicia sustitución con levotiroxina persistiendo TSH elevada pese a óptima adherencia. Exámenes: TSH 54.8 uIU/mL (0.5-5.1), T4 total 17.1 ug/dl (6.0-12.3), prolactina 20.8 ng/mL (2.7-19). TC selar que objetiva MA hipofisario de 2.0 x 2.0 x 1.8 cm. Campimetría de Goldman: defecto bitemporal y atrofia papilar derecha.

Se realiza resección transesfenoidal (RTE) sin lograr completa exéresis tumoral por lo cual es llevada a cabo una segunda RTE cuya biopsia concluye adenoma cromóforo. A los meses posteriores mantiene TSH no suprimida y se objetiva hipocortisolismo por lo que inicia cortisol 20 mg día.

Actualmente, con 59 años, paciente no refiere síntomas tirotóxicos, cefalea ni mayor disminución de su agudeza visual. Exámenes: TSH 15.9 uIU/mL (0.5-5.1), T4L 1.48 ng/dL (0.6-1.12), prolactina 5.79 ng/mL (2.7-19), FSH 35 mIU/ml (16-113), LH 16.7 mIU/ml (10.8-58.6), IGF-1 91 ng/mL (75-212).

RNM de hipófisis no demuestra variaciones durante últimos 3 años: MA de 11 x 11 x 17 mm con extensión hacia región supraselar y seno cavernoso derecho sin invadirlo. Tallo hipofisario lateralizado a izquierda. Quiasma óptico no visible. Sin cambios en campo visual. Evaluado por neurocirugía sin indicación quirúrgica. En proceso de iniciar terapia con análogos de somatostatina.

Respecto a la búsqueda etiológica de HC ecografía objetiva a nivel de línea media sobre el hioides un nódulo sólido de 9 mm sin presencia de tejido tiroideo en lecho. La captación en 24 hrs fue 1.0 % y el cintigrama Tc99m muestra concentración de trazador en región cervical alta probablemente retrolingual compatible con tiroides ectópica.

**Conclusión:** Presentamos el caso de un tirotropinoma cuyo desarrollo y/o la agresividad podría estar determinada por una falla tiroidea primaria que generó un sostenido desenfreno en la función de los tirotropos.

**Financiamiento:** Sin financiamiento