

HIPERTIROIDISMO SILENTE SECUNDARIO A UN TIROTROPINOMA.

Criollo T¹, Hald M², Ávila D², Aguilar C², Garrido A², González J², Echeverría L², Lanás A², Cordero F².

¹Sección Medicina Interna Hospital Clínico Universidad de Chile, ²Sección Endocrinología Hospital Clínico Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN: El tirotropinoma es uno de los tumores hipofisarios menos frecuentes, dan cuenta del 0,5 y 3% de los adenomas hipofisarios. Habitualmente se sospechan en pacientes hipertiroideos con TSH elevada o inapropiadamente normal, descartando otras causas. Se puede manifestar como hipertiroidismo clínico, subclínico o silente, en este último caso evidenciado con realización rutinaria de hormonas tiroideas. En algunos casos puede existir co-secreción con hormona del crecimiento(GH) por lo que siempre debe buscarse dirigidamente.

CASO: Paciente masculino, de 23 años sin antecedentes médicos conocidos, consulta por cuadro de un mes de evolución de dificultad de visión inicialmente en ojo izquierdo y luego ojo derecho, con disminución del campo visual y visión borrosa, consultó inicialmente en Oftalmología. Al examen físico destacaba campimetría por confrontación con hemianopsia bitemporal, por lo que se decide estudio imagenológico y evaluación por Neurocirugía. Se solicitó Resonancia nuclear magnética de silla turca que describe proceso expansivo selar y supraselar heterogéneo de 2.3 x 1.8 x 1.7cm, predominantemente isoíntenso, con realce intenso tras la administración del medio de contraste, lesión que eleva y desplaza el quiasma óptico coprimiéndolo, eleva el piso del tercer ventrículo y desplaza a posterior el tallo hipofisario. Del laboratorio destaca TSH 2.87 mIU/L (VN 0.4-5.6) y T4libre 2.03ng/dL(VN 0.5-1.9) Cortisol: 10.5 ug/dL (VN:5-25) Prolactina: 10.7 ng/mL (VN:5.2-23.6) IGF1: 276 ng/mL (VN:115-340) ACTH: 21.3 pg/mL (VN:7.2-63.3). Se complementó estudio con campimetría de Goldmann donde se evidenció pérdida de campos visuales bitemporales. En este contexto, se indicó intervención quirúrgica. Se realizó resección trasesfenoidal, sin incidentes, en postoperatorio evoluciona con diabetes insípida transitoria y es dado de alta en buenas condiciones. Paciente continuó en controles médicos en Endocrinología, al control de laboratorio TSH 1.55 y T4L 1.0. Se rescató biopsia que describe adenoma acidófilo de hipófisis, con producción focal de hormona TSH en un 30% y Ki-67 de 7%.

DISCUSIÓN: Nuestro paciente se presentó como hipertiroidismo silente, dado TSH inadecuadamente normal para el nivel de T4 libre descrita previo a la cirugía, se sospechó la presencia de tirotropinoma, que se confirmó mediante inmunohistoquímica y su evolución bioquímica posterior. Respecto al manejo de estos tumores requieren manejo quirúrgico inicial y se plantea con baja calidad de evidencia el uso de análogos de somatostatina en caso de requerir manejo adicional. Dado lo poco frecuente de estos tumores nos parece importante reportar tanto su diagnóstico como evolución posterior, para mejorar la experiencia local en este diagnóstico.