

CASO 2

“TIROTROPINOMA: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE”

Presenta: Dra. Danisa Ivanovic-Zuvic S.

Becada Endocrinología Adultos

Universidad de Chile – Hospital del Salvador

Staff: Dr. Nelson Wohlk

Endocrinología Adultos

Universidad de Chile – Hospital del Salvador

GRUPO ENDOCRINOLOGÍA ORIENTE

Caso clínico. Mujer de 28 años con antecedentes de oligomenorrea desde los 19 años y amenorrea desde los 25 años. Inicia estudio en medicina general, donde se solicitan exámenes dentro de los que destaca una TSH 8.2 uUI/ml y T4 libre 2.3 ng/dl. Inicia levotiroxina con dosis progresivas hasta 150 mcg al día. Consulta por segunda opinión en endocrinología, donde se identifica en la anamnesis intolerancia al calor, temblor, palpitaciones, polidefecación y baja de peso de 8 kilogramos en 2 años. Se realiza resonancia magnética de silla turca con gadolinio que evidencia macroadenoma hipofisario de 23 x 24 x 20 mm (cefalocaudal, laterolateral y anteroposterior, respectivamente) con signos de invasión a senos cavernosos Knosp 1 bilateral. Campo visual de Goldman normal. Se realiza resección transesfenoidal luego de lograr eutiroidismo mediante preparación con corticoides y betabloqueo. A las 48 horas posterior a la cirugía se mide TSH 0.3 mUI/ml. La biopsia muestra alta proporción de células tirotropas, ocasional somatotropas, ki67 de 1% (inmunohistoquímica: sinaptofisina +, CAM 5.2 ++, TSH +++ positivo intenso, GH ++, ACTH -). Evoluciona sin alteraciones del sodio plasmático, con mejoría clínica de los síntomas descritos. A los 9 meses posterior a la cirugía se encuentra asintomática, con pruebas tiroideas normales salvo una T3 levemente elevada. La resonancia magnética de control se encuentra sin evidencia de recidiva tumoral.

Examen	Rango	2019	15/04/21	04/06/21	30/07/21 CIRUGIA	02/08/21	21/12/21
TSH	0.35-5.5 uUI/ml	8.2	3.52	5.6	0.99	0.3	1.9
T4 Libre	0.89- 1.76 ng/dl	2.3		3.2	2.8	2.5	1.7
T3	60-181 ng/dl			432	84	85	183
Prolactina	5-20 ng/ml		5.6				1.5
IGF1	117-329 ng/ml			93			71.8
cortisol	5-15 ug/dl		11.9			11.7	10.8
ACTH	10-60 pg/ml		13.5				
Estradiol	31-317 pg/ml		23.7				
Sodio	135-145 mEq/L		140		140		139

Discusión. El tirotropinoma (o TSHoma) es una entidad poco frecuente. Una apropiada interpretación de las hormonas tiroideas periféricas y una elevada sospecha diagnóstica son relevantes para su reconocimiento y un tratamiento oportuno. El diagnóstico diferencial más habitual corresponde a la resistencia a las hormonas tiroideas. En algunas situaciones su distinción es un desafío mayor, pero, existen algunas herramientas que nos permiten distinguirlas. A la fecha el tratamiento de primera línea del tirotropinoma es la cirugía resectiva transesfenoidal una vez alcanzado el eutiroidismo. Las principales alternativas de segunda línea son la radioterapia hipofisiaria y terapia médica con análogos de somatostatina.



Imágenes: resonancia magnética de silla turca en cortes coronal (A) y sagital

(B) en secuencia T1 con Gadolinio.

Referencias.

1. Ohba K. An Update on the Pathophysiology and Diagnosis of Inappropriate Secretion of Thyroid-Stimulating Hormone. *Int J Mol Sci.* 2021 Jun 21;22(12):6611.
2. Amlashi FG, Tritos NA. Thyrotropin-secreting pituitary adenomas: epidemiology, diagnosis, and management. *Endocrine.* 2016 Jun;52(3):427-40.
3. Beck-Peccoz et al. Pituitary tumours: TSH-secreting adenomas. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2009 Oct;23(5):597-606.