**CC 3 (Nº32)  
GONADOTROPINOMA FUNCIONANTE ASOCIADO A TESTOSTERONA ALTA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**  
**Autor y Coautores:** FRANCISCO VALENZUELA RESK1, FLAVIA NILO CONCHA 1,2,3, PABLO VILLANUEVA GARIN2,3,4, ROGER GEJMAN ENRÍQUEZ5, FRANCISCO GUARDA VEGA1,2,3  
**Lugar de Trabajo:** 1Departamento de Endocrinología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2Programa de Tumores Hipofisarios UC-CHRISTUS; 3Centro Traslacional de Endocrinología, Pontificia Universidad Católica de Chile; 4Departamento de Neurocirugía, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 5Departamento de Anatomía Patológica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Contenido:**

**INTRODUCCIÓN**

Los gonadotropinomas funcionantes (GF) son adenomas hipofisarios que expresan y secretan gonadotropinas, con clínica compatible. Si bien hasta el 64% de los macroadenomas no funcionantes expresan glicoproteínas asociadas a gonadotropinas, éstos no se asocian a una elevación plasmática de LH/FSH o un síndrome clínico. Su limitada epidemiología se debe a su baja frecuencia y discordancia clínica, bioquímica e histopatológica. Los síntomas se deben al efecto de masa en la región selar y al exceso de esteroides sexuales. En hombres, la principal manifestación gonadal es la hipertrofia testicular y según la gonadotropina dominante, puede presentarse con niveles variables de testosterona sérica. A continuación presentaremos un caso clínico de un hombre con GF con testosterona alta.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Hombre de 59 años, hipertenso y con amaurosis en ojo derecho por trombosis de vena central de la retina. Consulta por alucinaciones visuales de 2-3 meses de evolución. Resonancia selar revela un macroadenoma hipofisario de 4.5 cm con compresión del quiasma, sin invasión a senos cavernosos; campo visual 24-2 muestra visión en islote ínferonasal derecha y hemianopsia temporal con compromiso ínferonasal izquierdo. Refiere libido aumentada, sin disfunción eréctil. Al examen físico: hipertenso (190/100 mmHg), vello corporal conservado y aumento de tamaño testicular bilateral (25-30 mL). El estudio de ejes hipofisarios revela insuficiencia corticotropa y función tirotropa límite, con gonadotrofinas y testosterona total elevadas. Se suplementa con hidrocortisona y levotiroxina, y se realiza resección transesfenoidal endoscópica extracapsular sin incidentes (26/02/22). Se confirma GF, con inmunohistoquímica (FSH (+), LH (-) y ACTH (-) y Ki-67 2%). Evoluciona con síntomas vasomotores y descenso significativo de gonadotropinas y testosterona séricas, se inicia suplementación androgénica. Las alucinaciones visuales se interpretaron en contexto de Sd de Charles Bonnet por desaferentación de la corteza occipital.

**CONCLUSIÓN**

Los GF con testosterona alta son una entidad poco frecuente que debe sospecharse en hombres con macroadenomas hipofisarios asociados a hipertrofia testicular y/o niveles de gonadotrofinas y testosterona elevados o inapropiadamente normales en contexto de hipopituitarismo. Destacamos la importancia de evaluar todos los ejes endocrinos en macroadenomas hipofisarios, y anticipar y manejar posibles síntomas de hipogonadismo posterior a la resolución quirúrgica.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Examen** | **Sept 21** | **Nov 21** | **28 Feb 22** | **Rango normal** |
| ACTH (pg/mL) | - | 21.7 | - | 10 – 60 |
| Cortisol (ug/dL) | - | 3 | - | 6.02 – 18.4 |
| TSH (uUI/mL) | 2.56 | 0.94 | - | 0.3 – 4.2 |
| T4T (ug/dL) | 5.25 | 5.2 | - | 5.5 – 11 |
| T3T (nmol/L) | 0.98 | - | - | 0.97 – 1.69 |
| FSH (mUI/mL) | - | 78.8 | 8.7 | 1.5 – 12.4 |
| LH (mUI/mL) | - | 160 | < 0.3 | 1.7 – 8.6 |
| Testosterona total (ng/dL) | 1290 | 827 | 20.7 | 193 - 740 |
| IGF-1 (ng/mL) | - | 108 | - | 81 - 225 |
| Prolactina diluida (ng/mL) | - | 55 | - | 4.04 – 15.2 |