**P30  
TIROTROPINOMA: UN CASO CLÍNICO INFRECUENTE**   
Ana Luisa Plaza Piña1, Beatriz Jiménez Retamal2, Alonso Pavez Salinas 3, Juan Andrés Madariaga Gatica4

1Servicio Medicina Hospital San Pablo Coquimbo, Facultad de Medicina UCN, 2 Clínica INDISA, 3Servicio Neurocirugía Hospital San Pablo Coquimbo, Facultad de Medicina UCN , 4Servicio Anatomía Patológica Hospital San Pablo Coquimbo, Facultad de Medicina UCN

Los tirotropinomas son los adenomas funcionantes de la hipófisis menos frecuentes (0.5 - 3 %), se describen más en la cuarta a quinta década de la vida, más en mujeres; La clínica está dada por el efecto de masa, la tirotoxicosis y el bocio. La mayoría son macroadenomas, el tiempo de diagnóstico va de uno a varios años.

Caso clínico: paciente mujer, 20 años, consultó 10 meses antes, por aumento de volumen cervical anterior asociado a cefalea, insomnio, palpitaciones, sudoración, baja de peso 15k, oligoamenorrea (usuaria de ACO). Al examen físico: taquicardica, sudorosa, bocio difuso 70gr. sin déficit visual. Llevaba 3 sem con tiamazol 30 mg /d y betabloqueo, sin respuesta clínica. Persistiendo tirotoxica.

Exámenes de laboratorio al ingreso: TSH: 24ulU/ml; T3: 525 ng/ml ( 91-218); T4L: 7.77 ng /dl( 0.89- 1.76) sin otros déficit de hormonas hipofisiarias: IGF-1; cortisol y PRL normal, gonadotrofinas normales usando ACO. La RM mostró silla turca aumentada de tamaño, adenohipofisis reemplazada por lesión de 16x14x15 mm, desviación del tallo a derecha y leve contacto con el quiasma óptico.

Tratamiento: como preparación, para conseguir el eutiroidismo, previo a cirugía se indicó Octreotide LAR 20mg por una vez, llegó a valores de hormonas tiroideas en rangos normales, TSH: 3.46 ulU/ml; T4L: 0.99 ng/ml; T3: 1.81ng/ml. Se sometió a cirugía endoscópica transesfenoidal en febrero 2017 con exéresis completa del tumor. La biopsia informó lesión tumoral con células principalmente cromofobas, la IHQ con método de detección ultraview, con ac. monoclonales mostró reacción positiva intensa para TSH y positiva focal a Gh y PRL. El control al mes de la cirugía, refería sueño diurno, intolerancia al frío y lentitud; Exámenes: TSH:0.015ulU/ml;T4L:0.90 ng /ml; IGF-1:baja; cortisol basal: 9,1ug/dl; polidipsia y poliuria. Actualmente en tratamiento con LT4: 25ug/d, hidrocortisona 20mg/d.

Discusión: los tirotropinomas son tumores raros, las últimas décadas se han diagnosticado con mayor frecuencia y de menor tamaño, probablemente por TSH más sensibles y mayor disponibilidad de imágenes. El diagnóstico debe ser considerado en pacientes hipertiroideos a pesar de ser una causa rara, sobretodo en aquellos sin manifestaciones extratiroideas de la Enf. de Graves.

La mayoría de estos tumores secretan solo TSH, sin embargo 20 a 25 % secretan una o más hormonas pituitarias predominantemente Gh y PRL. El hecho que fuese un macroadenoma facilitó el diagnóstico, dada la dificultad en hacer el diagnóstico diferencial con resistencia a H. tiroideas. No disponemos de análisis de mutaciones del gen TR - beta, ni medición de la subunidad alfa sérica.

El contar con análogos de Somatostatina, permitió una preparación pre-operatoria rápida y efectiva.  
Conclusiones: debemos tener presente esta patología en pacientes tirotoxicosis, aún siendo rara, para no prolongar el tiempo de diagnóstico, y entregar el tratamiento adecuado.