**P 65
SINDROME DE RESISTENCIA A HORMONAS TIROIDEAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

Liuba León Hernández2, Reynaldo Cortez de la Fuente1, Francisco Muñoz Ortiz2, Cristóbal Campos Olmedo31Residene de Medicina Interna Universidad Católica del Maule, 2 Medicina Interna, Hospital Regional de Talca,

3Endocrinología Adulto, Medicina Interna, Hospital Base de Linares y Hospital Regional de Talca

**Introducción**. La resistencia a hormonas tiroideas (RHT) es un síndrome raro, se detecta en 1 de cada 40.000 nacidos vivos y tiene un patrón de herencia autosómico dominante. Se caracteriza por una disminución de la sensibilidad tisular a las hormonas tiroideas, con T3 y T4 elevadas pero TSH no suprimida. El principal hallazgo clínico es el bocio en el 66-95% de los casos. El diagnóstico diferencial es el tirotropinoma, que puede descartarse mediante exámenes de imagen y estudios dinámicos. No existe tratamiento específico para la RHT.

**Desarrollo**

Paciente de sexo femenino de 18 años sin antecedentes mórbidos de importancia, policonsultante por bocio tiroideo de cuatro años de evolución. En un inicio destaca descripción de bocio difuso asociado a aumento de peso, constipación e intolerancia al frío, con pruebas de función tiroidea con TSH dentro de límites normales junto a hormonas tiroideas elevadas, sin uso de terapia estrogénica, como se muestra en la tabla (1). Se diagnosticó bocio hipertiroideo y se sugirió tiroidectomía total. La paciente perdió controles, y reinicia estudio cuatro años después. En la actualidad paciente mesomorfa, refiere hiperpolimenorrea, palpitaciones, polidefecación, temblor y cefalea. Al examen físico resalta bocio difuso de 60 gr, campimetría de confrontación normal, sin trastornos auditivos ni del desarrollo. No refería antecedentes familiares relacionados a la patología actual. TSH y hormonas tiroideas similares a los exámenes iniciales. Se sospechó tirotropinoma versus resistencia a hormonas tiroideas. Se tomó RNM silla turca que reveló adenoma pituitario de 3 mm. Se hizo estudio de función pituitaria sin hallazgos significativos. Además se tomó SHBG la cual resultó normal sugiriendo resistencia hepática a hormonas tiroideas. Se decidió realizar test dinámico con Octreotide Lar (OCT) 30 mg de una dosis sin cambios en las hormonas tiroideas por 1 mes (tabla 2), apoyando el diagnóstico de RHT. Se indicó terapia con 50 mcgr Levotiroxina y 10 mcg de liotironina.

**Conclusión**

Es importante tener presente que aunque la resistencia a hormonas tiroideas es una entidad de baja prevalencia, es el principal diagnóstico diferencial del hipertiroidismo con TSH normal o elevada. Esto permitirá realizar un diagnóstico precoz y evitar posibles tratamientos errados con efectos negativos en los pacientes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tabla 1**  | **4 años atras** | **Actualidad**  |
| **TSH (0,3 – 5 mUI/L)**  | 2,43  | 1,33  |
| **T4L (0,93 – 1,7 ng/dl)**  | --- | > 7 |
| **T4T (5,4 - 11,7 µg/dL)**  | >24 | > 24  |
| **T3T (0,8 –2 ng/ml)**  | >6,5 | > 6,5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabla 2**  | **Previo OCT**  | **Sem 1**  | **Sem 2**  | **Sem 3**  | **Sem 4**  |
| **TSH (0.3 – 5 mUI/L)**  | 1.64  | 2.56  | 2.65  | 3.2  | 2.51  |
| **T4L (0.93 – 1.7 ng/dl)**  | > 7  | > 7 | > 7  | > 7  | > 7  |
| **T3 (0.8 – 2 ng/ml)**  | 5.9  | 4.69  | 5.51  | > 6.5  | > 6.5  |