

UN CASO DI IPOTIROIDISMO CENTRALE MA... CON ALCUNI DUBBI

M.P. Iagulli – A. Dellerà, A. Guerriero, L. Furlani

Endocrinologia - Osp. Sacro Cuore - Don Calabria, Negrar (Verona)

Introduzione

L'ipotiroidismo centrale (IC) rappresenta una rara causa di ipotiroidismo (ca 1/1000 casi), da ridotta secrezione di TSH/TRH con tiroide normale. Cause possono essere: lesioni sellari e parasellari, Traumi cranici, Ictus, Ipofisiti autoimmuni o infettive, lesioni infiltrative, cause genetiche.

Descrizione

Paziente di 38 aa giunge alla nostra osservazione nel 2010 con sintomatologia caratterizzata da astenia e cefalea frontale con riscontro di IC (funzione tiroidea basale: TSH 1.05 mUI/L – FT4 0.55 ng/l - Ab-TPO neg) non associata ad altre disfunzioni ipofisarie: PRL 9,7 ng/ml, IGF-I 122 mcg/L, Testosterone Totale 27,5 nmoL/L, ACTH 7,3 ng/L, Cortisolo 379 nmol/L, Cortisoloria 425 nmol/24 h; Test ACTH (1 mg): Cortisolo 289 → 617 nmol/L); della "routine" generale si segnala: leucopenia ($2,92 \times 10^9/L$) con neutropenia ($1,26 \times 10^9/L$) e monocitosi relativa (10.7%), ANA (1/40); Prima RM dubbia per microadenoma ipofisario. Posto in terapia con L-Tiroxina 50 mcg/die con normalizzazione di FT4 (9,79 pmol/L) e "soppressione" del TSH 0,02 mUI/L. Ecografia Tiroidea: dimensioni ridotte, ecostruttura nella norma; Ecografia addome: angiomi epatici; Seconda RM Encefalo/Ipofisi: ipofisi normale; a livello dei nuclei della base e nei piani anteriori del mesencefalo, iperintensità in T1 e T2 senza modificazioni dopo mdc (possibile alterazione metabolica). Visita neurologica: EON negativo; cefalea di tipo emicranico; lesione RM espressione di possibile patologia tossica/metabolica senza correlazione clinica. Visita ematologica: monitoraggio periodico dell'emocromo. Il paziente dopo l'ottimizzazione della terapia sostitutiva, non ha più presentato alcuna sintomatologia. Dal 2011 al 2013, quadro clinico, RM Encefalo/Ipofisi e laboratoristico invariati, eccetto aumento di ACE nel 2012, stabile nel 2013 (146-150 U/L). TC torace-addome (2012): formazioni cistiche epatiche e renali. Nel 2014: quadro funzionale ipofisario normale con TSH soppresso (0,03 mUI/L) e normali FT3 (4,32 pmol/L) ed FT4 (12,98 Pmol/L); leucopenia con neutropenia (stabili), ACE in aumento (236 U/L). RM Addome: formazioni cistiche epatiche e renali. TC TORACE e PET-FDG negative.

Conclusioni

caso "in progress" con ulteriori accertamenti in corso. L'aumento dell'ACE e l'aspetto dei nuclei della base alla RM Encefalo hanno un significato clinico? Correlano fra loro e con l'ipotiroidismo centrale?