

Complicanze ipofisarie del malassorbimento di tiroxina orale

Citro G., Natale M., Sinisi R., Zampino A, Motola G. *, Vendegna M. **

UO diabetologia, endocrinologia – * UO Farmacologia Clinica – ** UO Neuroradiologia – Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Una donna di 24 anni viene visitata per il costante riscontro di TSH > 300 mcrU/ml dopo una tiroidectomia effettuata 9 anni prima a causa di un Morbo di Basedow resistente alla terapia medica e nonostante elevati dosaggi di tiroxina (fino a 800 mcrg/die per un peso corporeo di 62 kg e un BMI di 22 kg/m²); fino ad allora, nel tentativo di correggere il grave ipotiroidismo, era stata cambiata più volte la formulazione della tiroxina (eutirox o tirosint, compresse o gocce o soluzione orale) e per un certo periodo aveva effettuato terapia combinata con alte dosi di tiroxina associata a titre.

Al momento della visita il quadro ormonale era suggestivo di grave ipotiroidismo con un FT3 di 2.8 pg/ml, FT4 di 3.9 pg/ml e TSH di 317 mcrU/ml, clinicamente presentava secchezza cutanea, astenia, facies mixedematosa, ipotensione e iniziali manifestazioni psicotiche (manie di persecuzione) nonostante la terapia in corso prevedesse l'assunzione di 500 mcrg/die di tiroxina cp e 300 mcrg/die di soluzione orale.

Accertati della corretta assunzione della terapia, si è analizzata la possibilità di un malassorbimento intestinale attraverso l'anamnesi farmacologica che escludeva l'assunzione di farmaci in grado di ridurre l'acidità gastrica, di ridurre direttamente l'assorbimento del farmaco, di aumentarne il catabolismo o il legame con le proteine plasmatiche, si è esclusa la presenza di patologie infiammatorie croniche intestinali, di intolleranza al lattosio, di celiachia, di anticorpi anti mucosa gastrica, di parassitosi; la gastroscopia evidenziava una positività per infezione da Helicobacter Pylori per cui veniva avviato il trattamento specifico e successivamente rivalutato il quadro ormonale, che però, nonostante l'eradicazione dell'EP, non mostrava variazioni significative con un FT3 di 1.9 pg/ml, FT4 di 1.6 pg/ml e TSH di 927 mcrU/ml.

Considerata la lunga durata dell'ipotiroidismo grave abbiamo effettuato uno studio ormonale ipofisario con esito negativo tranne una risposta subnormale del GH allo stimolo con GHRH e piridostigmina (9.3 ng/ml), e una RMN che dimostrava una iperplasia dell'ipofisi, con un'altezza di circa 15 mm, con normale assunzione del m.d.c.

Inizieremo pertanto un trattamento con tiroxina iniettabile alla dose di 700 mcrg/settanalmente i.m. e ne valuteremo oltre che l'efficacia sostitutiva anche i possibili effetti collaterali nonché quelli sulla morfologia e la funzione ipofisaria.