

ABSTRACT POSTER

NOME PRIMO AUTORE: CORRADINA

COGNOME PRIMO AUTORE: ALAGONA

SEDE: Unità Operativa Complessa di Medicina, Ospedale San Martino, Belluno

NOME COAUTORE: CONCETTA NADIA

COGNOME COAUTORE: ARICO'

SEDE: Unità Operativa Complessa di Medicina, Ospedale San Martino, Belluno

NOME COAUTORE: MASSIMO

COGNOME COAUTORE: BOARETTO

SEDE: Unità Operativa Complessa di Medicina, Ospedale San Martino, Belluno

TIPOLOGIA: POSTER

ARGOMENTO: CASI CLINICI e VARIE

TITOLO: UN PARTICOLARE CASO DI IPOGONADISMO

INTRODUZIONE: L'ipogonadismo è una condizione clinica caratterizzata da inadeguata funzione delle gonadi. In base alla sede dell'alterazione patologica si può classificare in ipogonadismo primitivo se la causa è primitivamente testicolare ed ipogonadismo secondario se l'alterazione risiede a livello ipotalamo-ipofisario.

METODI: E' giunto c/o il nostro ambulatorio endocrinologico un uomo di 48 anni perché da qualche mese accusava astenia, calo della libido, deficit erettile, rarefazione della peluria, vampate di calore e dolori muscolari. In anamnesi riferisce criptorchidismo sinistro sottoposto all'età di 10 anni ad un intervento di orchidopessi senza risultati. All'età di 38 anni, in seguito alla comparsa di una tumefazione in sede inguinale sinistra, è stato sottoposto ad intervento di orchiectomia sinistra. L'esame istologico mostrava la presenza di un seminoma per cui il paziente è stato sottoposto a successiva chemioterapia e radioterapia in sede toracica, addominale e pelvica. Sulla base dell'anamnesi e della sintomatologia attuale, è stato richiesto il dosaggio di testosterone, LH e FSH.

RISULTATI: Sono stati ottenuti i seguenti valori: testosterone < 10 (vn 240-827), LH:<0.1 (vn 1.7-8.6) e FSH: 0.3 (1.5-12.4). I suddetti dosaggi sono risultati tutti inferiori alla norma, deponenti quindi per un ipogonadismo ipogonadotropo. La RMN encefalo e sella turcica ha evidenziato un aumento della sella turcica, occupata da liquor nella metà superiore; l'adenoipofisi era ridotta di dimensioni ed adagiata sul fondo della sella turcica con lieve concavità del suo profilo superiore; la neuroipofisi era in sede; il peduncolo ipofisario lievemente allungato; dopo mdc si osservava omogenea impregnazione del peduncolo e della ghiandola ipofisaria. Il dosaggio di TSH, FT4, ACTH, cortisolemia, IGF-1, PRL è risultato nella norma. Il paziente ha quindi iniziato terapia sostitutiva con testosterone gel per via transdermica. Al successivo controllo ambulatoriale riferiva l'assenza di deficit erettile, ricomparsa delle erezioni, meno astenia, ricomparsa dei caratteri sessuali secondari (barba e peluria corporea).

CONCLUSIONI: Si tratta di un caso di ipogonadismo ipogonadotropo da sella vuota parziale in soggetto sottoposto ad orchietomia sinistra per seminoma insorto su un testicolo criptorchide e successivamente trattato con chemioterapia e radioterapia