

# Tirotropinoma-Diagnóstico

Adenoma hipofisario productor de TSH\*  
Produce incremento de producción T3 y T4 libres

## Clínico

Bocio 93%,  
hipertiroidismo 85%,  
macroadenoma 76%,  
nódulos tiroideos 70%

Defectos campos  
visuales 35%,  
alteraciones  
menstruales 33%,  
galactorrea 28%

Cefalea y tirotoxicosis  
severa 21%,  
acromegalia 16%

## Bioquímico

Niveles de TSH  
inapropiadamente  
normal o alta

Niveles de T3 y T4  
libres altos.  
Medidas por el  
método de 2 pasos\*\*

Medición de  
 $\alpha$ -GSU sérica  
elevada en 70%  
de los pacientes\*\*\*\*\*

Relación molar  
alta de  
 $\alpha$ -GSU/TSH >1.0 en  
80% casos

## Pruebas Dinámicas

Prueba de Estimulación  
TRH: ausencia de  
respuesta de TSH a  
la estimulación,  
90% casos\*\*\*

Prueba de supresión T3:  
ausencia respuesta TSH  
a prueba de supresión\*\*\*\*

## Imagen

RMN hipófisis:  
lesiones  
grandes, invasivas  
y muy fibrosas

20 - 25%  
macroadenomas

## Diagnóstico Diferencial

Resistencia a  
Hormonas  
Tiroideas

Trastornos  
Albúmina o  
Transtirenina

Presencia de  
anticuerpos  
anti-T3 o  
anti-T4

Presencia de  
Anticuerpos  
Heterófilos

\* Tumores benignos con rara transformación metastásica.

Se presenta <1% de adenomas hipofisarios.

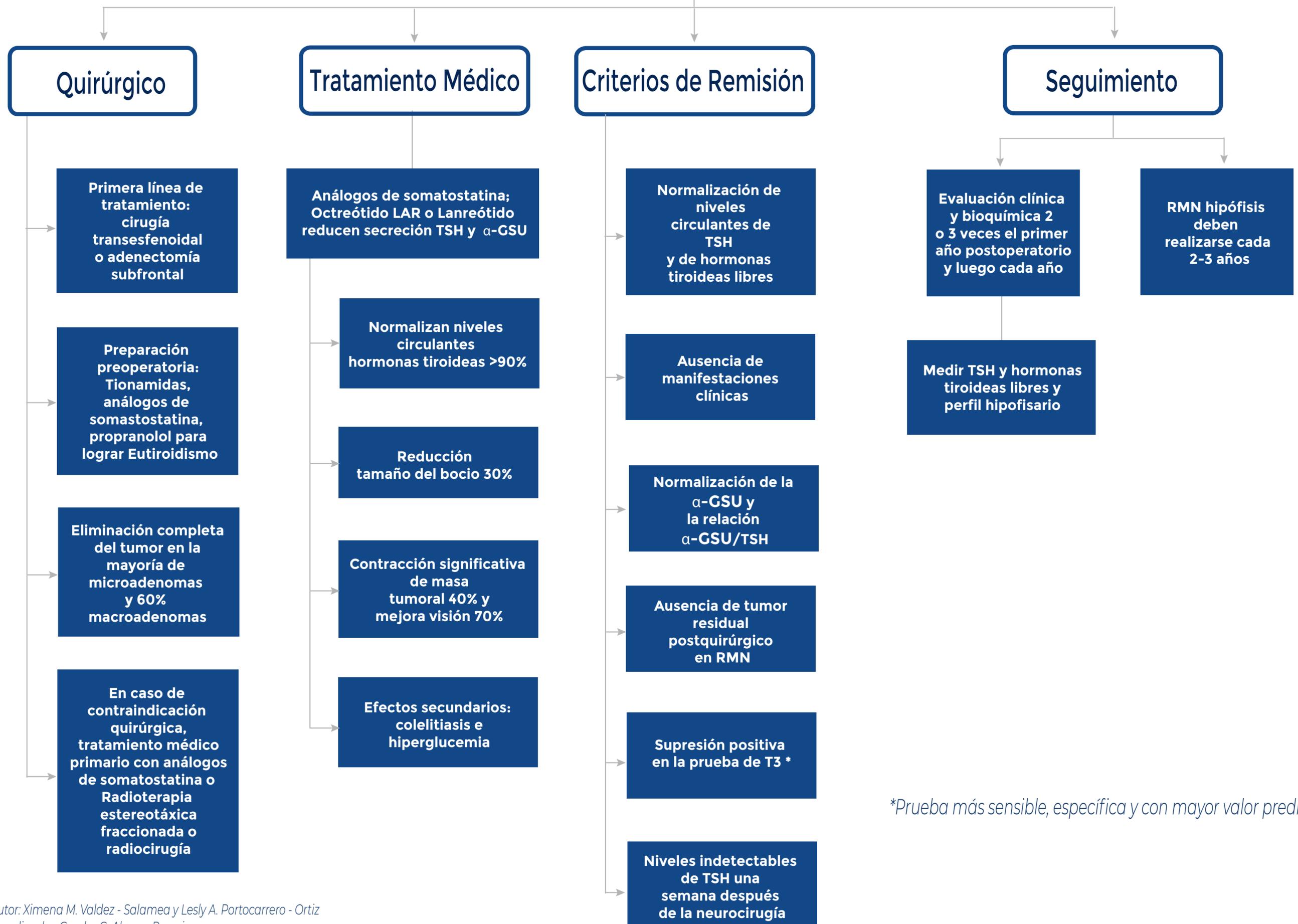
\*\* Método directo de "dos pasos", es decir realizar 2 métodos de laboratorio, ya que son capaces de evitar cualquier interferencia debida al contacto entre los factores séricos y los trazadores en el momento del ensayo (ejemplo: Diálisis de equilibrio + RIA, cromatografía de adsorción + RIA y titulación inversa)

\*\*\* Prueba de estimulación TRH: administrar 200  $\mu$ g en bolo IV, muestras a 0, 20, 60, 90 y 120 min

\*\*\*\* Prueba de supresión T3: Administrar 80-100  $\mu$ g / día cada 8 horas durante 10 días, muestras a 0, 5 y 10 días

\*\*\*\*\*  $\alpha$ -GSU: subunidad alfa

# Tirotropinoma-Tratamiento



\*Prueba más sensible, específica y con mayor valor predictivo positivo

# BIBLIOGRAFÍA:

- Beck-Peccoz P, et al. TSH-secreting adenomas. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2009; 23: 597-606.
- Beck-Peccoz P. Persani L. TSH-secreting adenomas. 2013;13:1-20.
- Beck-Peccoz P, et al. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Thyrotropin-Secreting Pituitary Tumors. Eur Thyroid J 2013;2:76-82.
- Amlashi F, Tritos N. Thyrotropin-secreting pituitary adenomas: epidemiology, diagnosis, and management. Endocrine Springer Science. 2016;1-10.
- Giulia Cossu, et al. Thyrotropin-secreting pituitary adenomas: a systematic review and meta-analysis of postoperative outcomes and management. Pituitary. 2019;22(1):79-88
- Beck-Peccoz P, Giavoli C, Lania A. 2019 update on TSH-secreting pituitary adenomas. J Endocrinol Invest. 2019 Dec;42(12):1401-1406 .