



# Morbo di Basedow in Ipopituitarismo da Apoplessia Ipofisaria



Chiara Mura<sup>1</sup>, Rebecca Sonnino<sup>1</sup>, Laura Crispino<sup>1</sup>, Carlo Antonio Rota<sup>1</sup>, Alfredo Pontecorvi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Endocrinologia e Diabetologia, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Corresponding author: chiara.mura@hotmail.com

## Introduzione

L'ipotiroidismo centrale e l'ipertiroidismo autoimmune sono due patologie antitetiche e non infrequenti, che necessitano di un attento monitoraggio ormonale e di una terapia mirata al ripristino dell'eutiroidismo. La coesistenza di queste due entità è molto rara e rappresenta una sfida per il clinico.

## Presentazione del caso

Presentiamo il caso di una paziente di 41 anni affetta da panipopituitarismo anteriore, secondario ad apoplessia ipofisaria, nella quale si presenta ipertiroidismo da Graves-Basedow.

L'anamnesi patologica remota era muta, ad eccezione di una tiroidite cronica autoimmune in eutiroidismo.

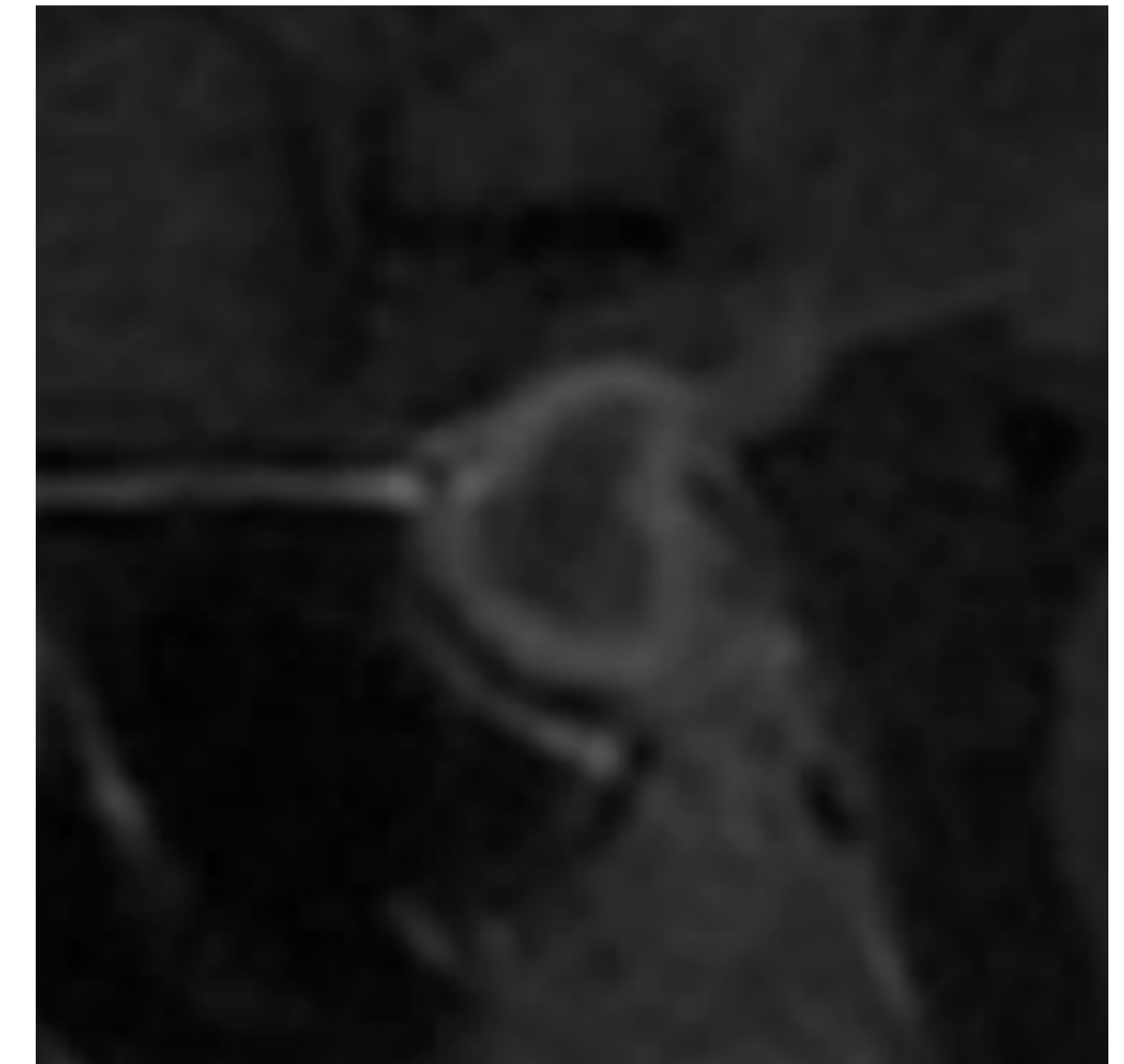
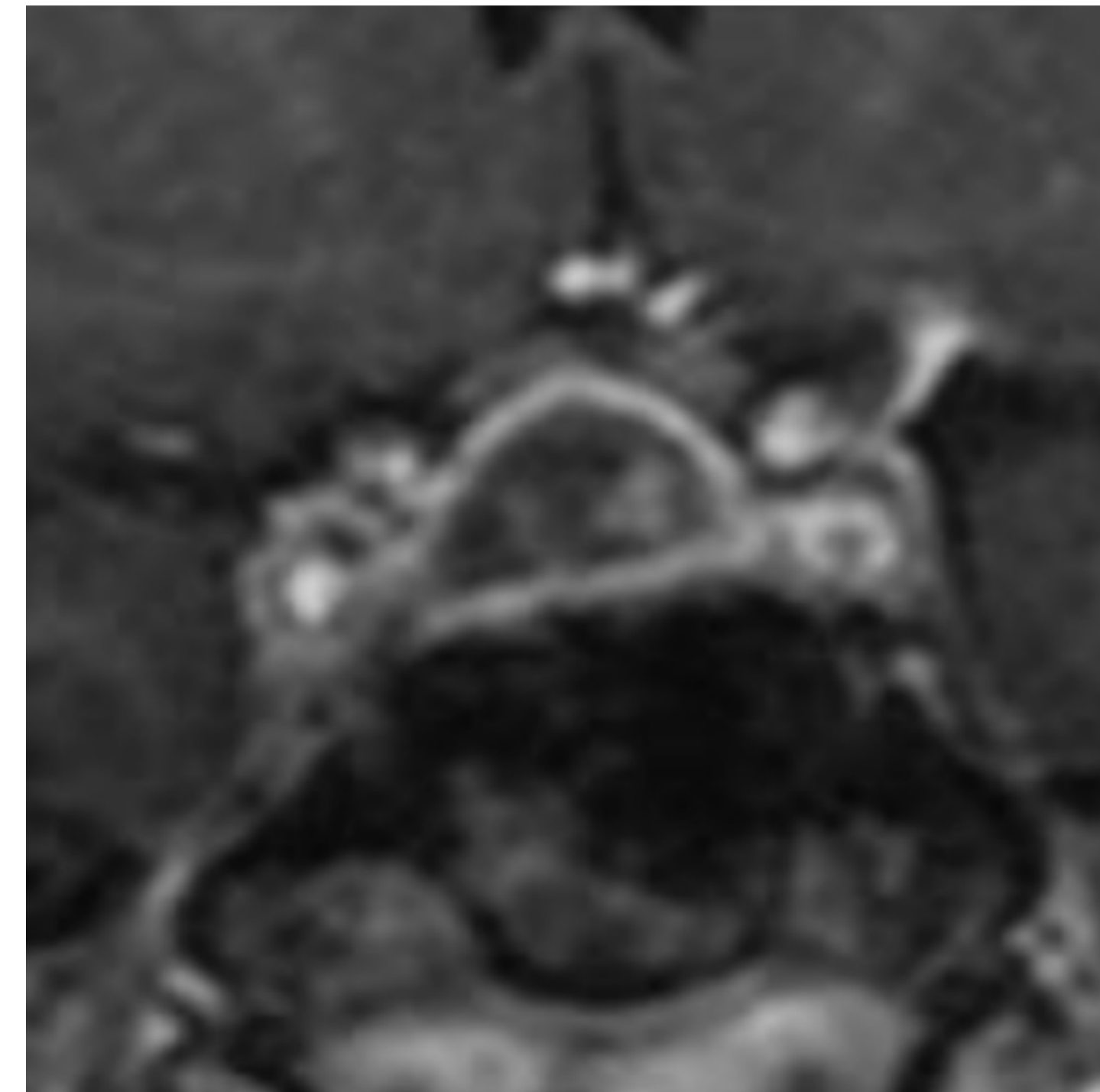
La storia clinica iniziava nel 2019 quando, alla XXI settimana di gestazione, si verificava un aborto spontaneo. La paziente veniva sottoposta a revisione della cavità uterina, complicata da emorragia e shock ipotensivo.

Nel decorso post-operatorio la paziente presentava cefalea ingravescente prevalentemente nucale con successiva diffusione frontale, non responsiva alla terapia antalgica.

Veniva eseguita RMN encefalo che documentava "[...]formazione a morfologia grossolanamente piramidale, di circa 13,5 mm di diametro massimo, che si sviluppa tra il cavo sellare e le cisterne sovrassellari, dove contatta e impronta il chiasma ottico. La lesione ha segnale disomogeneo (verosimile raccolta) e dopo mdc mostra intenso CE a "cercine". La ghiandola ipofisaria residua è apparentemente disposta nel recesso postero-caudale del cavo sellare e si associa lieve ispessimento del peduncolo ipofisario. Il reperto osservato è riferibile in prima ipotesi a raccolta in esito di apoplessia ipofisaria." Si poneva diagnosi di apoplessia ipofisaria su base ischemico-emorragica, complicata da panipopituitarismo anteriore.

Agli esami ematici eseguiti infatti si riscontrava: PRL 1.2 ng/ml, FSH 0.1 mUI/ml, LH < 0.1 mUI/ml, IGF-1 67 ng/ml, ACTH < 5 pg/ml, cortisolo < 5 ng/ml, TSH 0.26 mU/ml, FT4 6.2 pg/ml, FT3 1.6 pg/ml.

Veniva quindi impostata terapia sostitutiva pluriassiale con idrocortisone, levotiroxina (LT4), e successivamente estroprogestinico e GH.



A febbraio 2021, dopo due anni in buon compenso con LT4 a dosaggio stabile di LT4, la paziente accusava cardiopalmo e tremori fini; gli esami ematochimici mostravano ipertiroidismo con TSH soppresso, FT3 22.7 pmol/l e FT4 4.13 ng/dl con valori elevati di anticorpi anti-recettore del TSH (TRAb 12.4 UI/L).

Si poneva pertanto diagnosi di morbo di Basedow e si iniziava terapia con metimazolo.

## Follow up

In corso di terapia tireostatica il TSH si presentava persistentemente soppresso, compatibilmente con il quadro sottostante di ipotiroidismo centrale. Questa particolare condizione clinica ha richiesto stretto follow up, con monitoraggio basato sui soli valori delle frazioni libere degli ormoni tiroidei.

Dopo sei mesi di terapia antitiroidea si è raggiunta la remissione di malattia, con il riscontro di TRAb negativi e lieve ipotiroxinemia associata a un TSH inappropriatamente basso (FT4 0.6 ng/dl, TSH 0.4 mU/ml).

È stato quindi sospeso il metimazolo e gradualmente ripresa la terapia sostitutiva, fino al raggiungimento di valori ormonali ottimali.

## Take home messages

Tale caso risulta singolare per l'insorgenza di ipertiroidismo autoimmune nel contesto di un ipotiroidismo centrale, la cui gestione si è articolata seguendo una linea distante dal classico follow up del morbo di Basedow, poiché utilizzare il TSH, oltre alle frazioni libere tiroidee, come indicatore dell'andamento della patologia, sarebbe stato fuorviante.

Questo ha reso la gestione della malattia basedowiana più complessa e stimolante.

## Bibliografia

1. LaFranchi S (2006) Thyroid hormone in hypopituitarism, Graves' disease, congenital hypothyroidism, and maternal thyroid disease during pregnancy. Growth Horm IGF Res 16 Suppl A:20-24. <https://doi.org/10.1016/J.GHIR.2006.03.015>
2. Bertola G, Bianchi R, Giambona S, Berra SA (2019) [Hyperthyroidism and hypopituitarism: two incompatible diagnoses?]. Recenti Prog Med 110:255-258. <https://doi.org/10.1701/3163.31449>