

CC022

HIPERTIROIDISMO Y GINECOMASTIA SECUNDARIOS A CORIOCARCINOMA EXTRAGONADAL PRODUCTOR DE GONADOTROFINA CORIÓNIC HUMANA

Agüero M. (1), Scioscia MF. (1), Annetta V. (2), Brosio D. (2), Panchuk P. (3), Bagnes C.(3), Pi Dote D. (2), Sklate R.(1).

(1) Endocrinología, (2) División Clínica Médica, y (3) Oncología Clínica del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. CABA.

**Introducción.** Los tumores extragonadales representan sólo el 5-7% del total los tumores germinales. El coriocarcinoma en hombres es raro (<1%). El marcador sérico de utilidad en el diagnóstico, evaluación y seguimiento es la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana (HCG  $\beta$ ), hallándose elevada en 85%. La similitud estructural entre la HCG de origen tumoral con TSH y LH, todas ellas hormonas glucoproteicas, conduce a un síndrome paraneoplásico que puede asociarse con hipertiroidismo y ginecomastia.

**Caso Clínico.** Paciente masculino sin patología previa, de 34 años, que se interna en Clínica Médica por síndrome de impregnación, cefalea intensa con visión borrosa, vómitos, y ginecomastia. Al examen físico se encuentra lúcido, taquicárdico, afebril, BMI: 22.5; ginecomastia bilateral. Hemianopsia homónima derecha sin otro signo de foco motor, sin signos meníngeos. Tiroides de 30 g, adenopatía supraclavicular izquierda de 2 cm, indolora, duro elástica. Laboratorio (09/2015): anemia con leucocitosis, TGO 62 UI/L; TGP 73 UI/L; LDH 1699 UI/L (VR: 240-480); alfafetoproteína 1.03 ng/ml; HCG  $\beta$ : 982.565 mUI/ml; eritrosedimentación 88 mm; TSH 0.001  $\mu$ UI/ml; T3 2.6 ng/dl; T4 20.5 ng/dl; prolactina 20.4 ng/ml; estradiol 39.49 pg/ml. Rx Tórax: nódulos entre 1 y 2,5 cm en ambos campos pulmonares. TAC cerebro, tórax, abdomen y pelvis sin contraste: lesión hiperdensa occipital izquierda de 31x 26 mm con edema perilesional y efecto de masa, asociado a 3 lesiones supratentoriales de 15 mm. En tórax, múltiples nódulos bilaterales. En abdomen y pelvis, conglomerado adenomegálico retroperitoneal, retrocrural y en ambas cadenas ilíacas primitivas. Evolución clínica: Se inicia corticoterapia debido a las metástasis cerebrales. En RMN de cerebro se confirma voluminosa lesión occipital izquierda hipointensa en T2 e isointensa en T1, subcortical con edema; con 3 lesiones nodulares (una frontal izquierda, dos frontales derechas) que realzan con contraste. Se descarta conducta neuroquirúrgica. Presenta ecografía testicular normal y ecografía tiroidea con hipervascularización difusa. Se solicita centellograma y captación tiroidea con Iodo 131 con el fin de evaluar conducta definitiva respecto a su hipertiroidismo. Al noveno día presenta cefalea intensa, convulsiones, disartria y hemiparesia facio-braquio-crural derecha. La biopsia de ganglio supraclavicular informa tumor germinal extragonadal, coriocarcinoma. Se inicia tratamiento de primera línea de quimioterapia con esquema (BEP) bleomicina, etopósido y cisplatino, y metimazol 30 mg. Posteriormente a 4 ciclos de quimioterapia evoluciona con mejoría clínica e imagenológica, con descenso de HCG  $\beta$ : 17.278 mUI/ml (01/2016), sin ginecomastia, eutiroides (T4 libre 0.97ng/ml) con metimazol 5 mg, que se suspende para reevaluar. A los 2 meses aumenta la HCG, evoluciona con neumonía y fallece (3/2016). **Comentario.** La presentación clínica simultánea de un síndrome de impregnación con imágenes compatibles con secundarismo, hipertiroidismo oligosintomático y ginecomastia bilateral en un hombre joven, sugiere un probable origen tumoral productor de HCG. La presencia de niveles elevados de esta última y ecografía testicular normal, debe hacernos pensar en patología germinal extragonadal.