25° CONGRESSO NAZIONALE AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA 12 - 15 novembre 2026
Associazione Medici Endocrinologi

IPOTIROIDISMO CENTRALE: L'INSIDIA DELL'IPOCORTISOLISMO NEL DEFICT ADENOIPOFISARIO

F. LOVECCHIO [1], G.F. COMI [1], M. MICHAILIDIS [1], E. CHIEFARI [2]
1.Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università Magna Graecia di Catanzaro 2.Dipartimento di Scienza Della Salute, Università Magna Graecia di Catanzaro

Introduzione

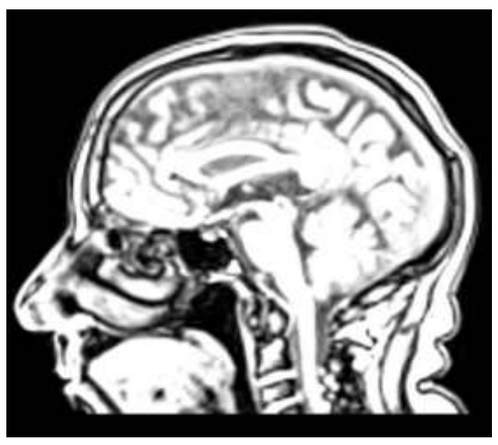
L'ipotiroidismo centrale rappresenta spesso una diagnosi impegnativa dettata dai livelli bassi o inappropriatamente normali del TSH assieme a basse frazioni libere di ormoni tiroidei. Il quadro può essere ulteriormente complicato da un concomitante ipocortisolismo ipofisario non trattato. In tale evenienza, infatti, la mancanza del fisiologico tono inibitorio che i glucocorticoidi hanno sulla secrezione del TRH provoca un innalzamento dei livelli del TSH, il quale può indirizzare erroneamente verso la diagnosi di ipotiroidismo primitivo.

Presentazione del Caso

Dati Paziente:
Maschio, 61 anni, peso 70Kg, 1,77 m di altezza. Giunge alla nostra attenzione per profonda astenia, senso di malessere generale e intolleranza al freddo.
Anamnesi Remota:
Riferisce non meglio specificata alterazione ipofisaria per cui è stato trattato fin da bambino con ormone della crescita (GH), aggiungendo di aver **sospeso autonomamente** la terapia perché mal tollerata circa 20 anni fa.
Esami in ingresso (prescritti dal curante): Non esibisce documentazione ipofisaria pregressa.
Le analisi mostrano:
TSH innalzato (8,72 uIU/mL [v.n. 0,27 - 4,20])
Anemia (Hb: 12,1 g/dL [v.n. 12 - 16])
Riferisce di assumere unicamente deltacortene e paracetamolo al bisogno durante episodi febbrili.
Esame Obiettivo: Habitus eunucoide, ginecomastia bilaterale, pallore cutaneo, testicoli di dimensioni ridotte (2cc circa) e assenza di peli terminali. Nega alterazioni del campo visivo, polidipsia e poliuria.

Valutazione Morfofunzionale

Si richiede valutazione morfofunzionale ipofisaria, tramite esami ormonali e risonanza magnetica (RMN) con mezzo di contrasto della sella turcica.



La RMN documenta una sella turcica di dimensioni ridotte con **ipoplasia adenoipofisaria** senza alterazioni morfologiche o di segnale del chiasma ottico.

Analita	Valore	Range (v.n.)
IGF-1	15,9 ng/mL	54,6 - 185,7
Prolattina	13,90 ng/mL	2,1 - 17,7
ACTH	4,82 pg/mL	< 47
Cortisolo 8am	0,94 ug/dL	4,3 - 22,4
FSH	<0,03 mIU/mL	1,4 - 18,1
LH	<0,07 mIU/mL	1,5 - 9,3
Testo Tot.	<7,00 ng/dL	241 - 827
E2	13,39 pg/mL	< 39,8

TSH	9,36 uIU/mL	0,27 - 4,20
FT3	2,32 pg/mL	1,8 - 4,4
FT4	0,55 ng/dL	0,90 - 1,80

Il quadro biochimico tiroideo è apparentemente compatibile con un ipotiroidismo primitivo

Management Terapeutico

È stata avviata **dapprima la terapia sostitutiva corticosurrenalica** (Plenadren 20mg 1cp/die). A seguire, si è proceduto a correggere gli altri deficit ormonali, incluso quello tiroideo.
Nei controlli successivi (1 mese), **la normalizzazione del tono glucocorticoideo ha indotto una diminuzione dei livelli del TSH, svelando il sottostante ipotiroidismo centrale.**

TSH UIU/mL
9,36 ⇨ 0,79

FT4 ng/dL
0,55 ⇨ 1,10

Take Home Messages

- **Il TSH non è infallibile:** Il caso dimostra come un TSH lievemente aumentato non escluda un ipotiroidismo centrale in caso di altri deficit ipofisari.
- **Priorità Surrenalica:** È mandatorio escludere o trattare un'insufficienza surrenalica prima di rimpiazzare l'ormone tiroideo, al fine di evitare una crisi surrenalica da aumentata clearance epatica del cortisolo indotta dalla L-Tiroxina.
- **Integrità Fisiopatologica:** Il ripristino dell'eucortisolismo permette di interpretare correttamente la reale fisiopatologia dell'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide, annullando il "mascheramento" indotto dall'ipersecrezione compensatoria di TSH biologicamente inattivo per alterata glicosilazione.

Bibliografia:
1.Persani L, et al. 2018 ETA Guidelines on the Diagnosis and Management of Central Hypothyroidism. Eur Thyroid J. 2018;7(5):225-237.
2.Beck-Peccoz P, et al. Central hypothyroidism - a neglected thyroid disorder. Nat Rev Endocrinol. 2017;13(10):588-598.
3.Samuels MH. Effects of variations in physiological cortisol levels on thyrotropin secretion. J Clin Endocrinol Metab. 1998;83(11):3942-3945.