**P 17**

**COLESTASIA SEVERA SECUNDARIA A HIPERTIROIDISMO POR ENFERMEDAD DE GRAVES BASEDOW: REPORTE DE UN CASO**

María Barra Quintana1, José Miguel Domínguez Ruiz-Tagle1, Francisco Barrera Martinez2, Javiera Torres Montes3, Lorena Mosso Gómez1

1Departamento de Endocrinología, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile, 3Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Contenido:**

Hombre de 26 años sin antecedentes mórbidos Niega consumo de alcohol y drogas.

Consultó en gastroenterología por cuadro de 6 meses caracterizado por fatigabilidad progresiva y baja de peso 15kg con apetito conservado. En el último mes se agrega ictericia y prurito intenso. Transfusiones(-), tatuajes/piercing(-), viajes(-). Examen físico: IMC: 18,5m/kg2,120/80mmHg, 70 lpm regular. Ictericia de escleras y piel. Abdomen sin hallazgos.

Laboratorio mostraba elevación de transaminasas, fosfatasas alcalinas e hiperbilirrubinemia de predominio directo (Tabla 1). Se solicitó estudio de colestasia, resultando todo negativo.

TAC abdomen y pelvis: hígado y vesícula biliar sin alteraciones. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Sin adenopatías ni ascitis. Colangio RM descartó colelitiasis y coledocolitiasis.

Se inició manejo con ácido ursodesoxicólico y colestiramina 2gr c/8 horas. Al control semanal persistían síntomas e hiperbilirrubinemia (11,1mg/dL), por lo que se realizó biopsia hepática. Post biopsia evolucionó con taquicardia de 120 lpm, sin compromiso hemodinámico. ECG: taquicardia sinusal. Dirigidamente refiere polidefecación, palpitaciones frecuentes, sin molestias oculares ni dolor cervical anterior agudo. Al examen: piel tibia, temblor transmitido de extremidades, Graeffe(+), sin signos de orbitopatía distiroidea. Pérdida de masas musculares (+). Tiroides normal, sin nódulos. Mixedema pre tibial (-).

Del laboratorio destacaban hipertiroidismo primario con TRAb(+) (Tabla 1). Ecografía tiroidea: bocio difuso leve con vascularización acentuada. Se trató con propranolol 40mg c/8h, dexametasona 2mg c/12 horas i.v y se mantuvo colestiramina 2 gr c/6 horas, no pudiendo aumentar dosis por intolerancia gástrica.

Paciente evolucionó favorablemente con disminución de sintomatología hipertiroidea, dándose de alta con prednisona 20mg/día y otros fármacos en dosis previamente señaladas. Ante la imposibilidad de usar tionamidas por la falla hepática y la necesidad de tratamiento definitivo, se indicó radioyodo 20mCi 6 días post alta. Controles mensuales muestran hormonas tiroideas y bilirrubinemia en disminución progresiva. A los 2,5 meses post radioyodo: TSH: 0.034 uUI/ml, T4: 8.0 (4,6-12 ug/dL), BiliT: 1.13

Informe de biopsia: hepatitis portal leve, colestasiacanalicular, sin elementos de especificidad.

**Conclusión:**

Caso de colestasia severa sintomática en paciente con hipertiroidismo por EBG, en el que se descartaron razonablemente, otras causas. En la literatura están reportados sólo 8 casos por lo que se considera una manifestación muy poco frecuente de tirotoxicosis.

**Tabla 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 14/12/17 | 04/01/18 | 11/01/18 |
| BiliT/D (<1,0/<0,3mg/dL) | 3,8/2,9 | 11,1/9,2 | 15/13 |
| GOT (10-40 U/L) | 172 | 108 | 25 |
| GPT (10-55 U/L) | 223 | 208 | 71 |
| FA (45-115 U/L) | 148 | 184 |  |
| INR (0,9-1,1) | 1,1 | 1,2 |  |
| TSH |  |  | <0,006 |
| T4L (0,9-1,7 ng/dL) |  |  | >7,7 |
| T3 (84,6-201,8 ng/dL) |  |  | 567 |

**Financiamiento:** Sin financiamiento