**P 18**

**RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE TORMENTA TIROIDEA POR ENFERMEDAD DE BASEDOW GRAVES EN EL CONTEXTO DE AGRANULOCITOSIS POR TIONAMIDAS**

Stefano Macchiavello Theoduloz3, Nicolás Droppelmann Muñoz1, Antonieta Solar González2, José Miguel Domínguez Ruiz-Tagle3

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

**Introducción:**

La tormenta tiroidea es una manifestación extrema de la tirotoxicosis y se asocia a una alta mortalidad. Uno de los pilares del tratamiento es el uso de tionamidas, que cuenta a la agranulocitosis entre sus efectos adversos más serios, requiriendo la suspensión del fármaco. Por otro lado, se ha postulado que una cirugía podría agravar la tormenta tiroidea. Presentamos el caso de una paciente con tormenta tiroidea y agranulocitosis por tionamidas, tratado exitosamente con tiroidectomía total.

Mujer de 35 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 3 años de evolución compatible clínica y bioquímicamente con tirotoxicosis por enfermedad de Basedow. Se trató con propranolol 40mg c/8h y metimazol 30 mg/d, con buena respuesta. Se disminuyó la dosis de metimazol a 15mg/d, pero la paciente lo suspendió por 2 semanas y luego lo reinició.

Nueve días post reinicio del metimazol, la paciente comenzó con odinofagia intensa, compromiso del estado general y sensación febril, por lo que consultó en hospital local. Ingresó taquicárdica e hipotensa, con mala respuesta a volumen y drogas vasoactivas, por lo que se traslada a UTI de nuestro hospital. A su ingreso destacó: PA 100/60mmHg, FC 130lpm irregular, 37,2ºC, FR 22, SatO2 96% ambiental. Al examen segmentario presentaba aumento de volumen doloroso en región cervical anterior. Del laboratorio destacaba agranulocitosis, elevación de parámetros inflamatorios, hipertiroidismo primario con TRAb(+) y ecografía cervical con bocio difuso, flujo vascular aumentado y signos de tiroiditis, sin nódulos. A las pocas horas evolucionó con compromiso de conciencia e insuficiencia respiratoria, por lo que se intubó y trasladó a UPC, donde ingresó con un puntaje de Burch-Wartosfky de 55 y escala japonesa TS1, ambos compatibles con tormenta tiroidea definitiva. La paciente se trató con Filgrastim, dexametasona y colestiramina, logrando aumentar el RAN pero con estabilidad de las hormonas tiroideas. Frente a la respuesta insuficiente del hipertiroidismo, la contraindicación del uso de tionamidas y la necesidad de un tratamiento definitivo, se realizó tiroidectomía total, tras lo que se constató una disminución precoz de las hormonas tiroideas (Tabla 1). La biopsia mostró hiperplasia folicular difusa. La paciente se suplementó con levotiroxina 75 mcg/d y 6 semanas post cirugía se encontraba clínica y bioquímicamente eutiroidea.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 20/06 | 24/07 | 28/07 | 07/08 | 11/08 | Valor de referencia |
| TSH | <0,04 | <0,005 |  |  |  | 0,3-4,2 uUI/ml |
| T4 total | 13,5 | 6,0 |  |  | 4,6 | 4,6-12 ug/dL |
| T4 libre | 1,54 | 1,23 | 1,86 | 2,03 | 0,84 | 0,93-1,7 ng/dL |
| T3 total |  | 296 |  |  | 30,8 | 84,6-201,8 ng/dL |
| T3 libre |  | 6,7 | 6,9 | 5,4 | 0,5 | 1,8-4,6 pg/mL |
| TRAb |  | **30,5** |  |  |  | <1,75 UI/L |
| RAN |  | 0 | 30 | 10.890 |  | 1.800-7.700 |
| Hb/Hto |  | 10,4/30,6 |  | 11,5/34,3 |  | 12-16/36-46 |
| TP/TTPA |  | 46/36,4 |  | 82/23,3 |  | 70-120/25-37 |

**Conclusión:** presentamos uno de los pocos casos reportados de tormenta tiroidea que requirió cirugía como tratamiento definitivo.

**Financiamiento:** Sin financiamiento