**P 45**

**TORMENTA TIROÍDEA POST I-131: EMERGENCIA ENDOCRINOLÓGICA INFRECUENTE**

Antonio Zapata Pizarro1, Javier Villalón Friedrich2, Víctor García Jara3, Alejandro Villalón Friedrich4, José Valenzuela Cruz5, Franco Zapata Pizarro5

1Servicio de Medicina. Hospital de Antofagasta - Facultad de Medicina Universidad de Antofagasta, 2EDF. Hospital de Taltal, 3Facultad de Medicina. Universidad Antofagasta, 4Facultad de Medicina. Universidad de Antofagasta., 5Facultad de Medicina Universidad de Antofagasta

**Introducción**

Tormenta tiroidea (TT), es la presentación más grave de la tirotoxicosis. I-131 es uno de los tratamientos del hipertiroidismo, que excepcionalmente puede ser causa de TT.

**Caso 1**

Mujer, 37 años, hipertiroidismo por Basedow-Graves (EBG), TRAB (+), tratamiento con metimazol alcanzando 15 mg c/12 hr y atenolol 50 mg c/12hr. Adherencia irregular a tratamiento, recibe I-131 (18 mCi), suspensión de metimazol 1 semana previo a I-131, mantención de atenolol, y prednisona por oftalmopatía distiroidea, fármacos que paciente suspende. A las 2 semanas post I-131, con palpitaciones, frecuencia cardiaca (FC) 150x´ irregular, TSH 0.01mIU/L (VN 0,4-4,2), T4 24ug/dl (VN 5,1-14) y T3 6.51ng/ml (VN 0,8-2). Derivada a urgencias, normotensa, FC 167x´, ECG con arritmia completa por fibrilación auricular (ACxFA), manejada con amiodarona ev. En UPC, Score de Wartofsky 55, inicia metimazol 20 mg c/6hr, propranolol, amiodarona e hidrocortisona 50 mg ev c/8 hr, anticoagulación con heparina. Tras 5 días, persiste clínicamente hipertiroidea, TSH < 0.01 mIU/L, T4L 2.16 ug/dl (VN 0.9-1.7 ng/dl) y T3 1.7 ng/ml (VN 0.8-2 ng/ml), se decide tiroidectomía total, biopsia con microcarcinoma papilar de tiroides 0,4mm derecho. Al alta con levotiroxina, buena evolución.

**Caso Clínico 2**

Mujer, 55 años, hipertiroidismo por EBG y tabaquismo, tratamiento atenolol 50 mg c/12hr, metimazol en dosis progresivas alcanzando 30 mg c/12 horas con irregular control, por lo que se indica ablación con I-131 20 mCi, con indicación de prednisona por oftalmopatía distiroidea, y suspensión de metimazol 1 semana previa al I-131 y reanudar 1 semana posterior. Evoluciona a las 2 semanas con compromiso de conciencia, derivada a urgencias, grave, Glasgow 9, PA 160/74 mmHg, FC 86x´ regular, desorientada, hemiparesia faciobraquiocrural derecha. TAC de cerebro con infarto isquémico de arteria cerebral media y cerebral anterior izquierda. En UPC presenta ACxFA con respuesta ventricular rápida, iniciando propanol 20 mg c/6 hrs, TSH <0.01 mIU/L (VN 0,4-4,2), T4L 6.15 ng/dl (VN 0.9-1.7) y T3 2.6ng/ ml(VN 0,8-2), score Wartofsky 60. Inicia metimazol 20 mg c/6 hrs, hidrocortisona 100 mg c/8 hrs ev, propanolol y amiodarona en BIC, lugol. Evoluciona con afasia global, TAC cerebral control con mayor desplazamiento de línea media y compromiso del sistema ventricular lateral izquierdo, sin transformación hemorrágica. A 5 días del ingreso, persiste hipertiroidea, TSH <0.01mIU/L, T4L 4.56ug/dl y T3 1.17ng/ ml. se decide tiroidectomía total, sin incidentes. En postoperatorio, TSH<0.01mUI/L, T4L 1.62ng/dl y T3 0.38ng/dl, inicia levotiroxina, evolución favorable, mejoría parcial de déficit neurológicos.

**Discusión:** TT posterior a I-131 es muy poco frecuente (0,3%), pero con alta mortalidad (20-30%), por lo que el reconocimiento de factores de riesgo previo al tratamiento, diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para un desenlace favorable.

**Financiamiento:** Sin financiamiento