**P 46**

**HIPOTIROIDISMO REFRACTARIO: UN CASO CLÍNICO**
Anabel Bate Fliegel1, Victoria Novik Assael2, Osvaldo Álvarez Valdés1
1Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar), 2Universidad Valparaíso

**Introducción:**

El hipotiroidismo es una patología frecuente, el tratamiento utilizado es la Levotiroixina VO con buena respuesta debido a su alta biodisponibilidad.

La mala respuesta se puede deber a la toma inadecuada del medicamento, consumo de algunos alimentos, fármacos y enfermedades asociadas

En casos de refractariedad se aconseja el uso de Levotiroxina EV, IM o SC pero no está disponible en nuestro país y su importación tiene un elevado costo.

**Caso clínico:**

Mujer 53 años hipotiroidea refractaria, obesa mórbida, insulinoresistente, hipertensa y dislipidémica.

En tratamiento con Levotiroxina 800 ug /día y Liotironina 80 ug/día fraccionada (Tabla1).

En la anamnesis inicial se descartó consumo de alimentos, cirugías o fármacos involucrados.

Se descartó pseudomalabsorción con test de absorción para Levotiroxina y los exámenes complementarios mostraron déficit de vitamina B12, déficit de vitamina D y Helicobacter Pylori en endoscopía el que fue erradicado, descartándose otras patologías.

Se cambió tratamiento a Liotironina VO posteriormente SL sin respuesta (Tabla 1) y se realizó test de absorción para Liotironina que fue negativo.

Se usó Levotiroxina en supositorios rectales y posteriormente vaginales sin éxito (Tabla 1).

Se investigó la posibilidad de importar Levotiroxina inyectable pero ante alto costo se hospitalizó y trató con un esquema intensificado por SNE (Tabla1) y Levotiroxina en enema rectal de 200 ug en 50 cc de suero cada 8 horas con excelente respuesta, ascenso de T3 y T4 a niveles supraterapéuticos siendo ajustado llegando a Levotiroxina 100 ug c/ 12 hrs oral y 100 ug en enema rectal.

En el control al alta a la semana y al mes se mantuvo la respuesta favorable (Tabla 1).

**Discusión:**

El hipotiroidismo es una condición frecuente y la mala respuesta al tratamiento es inhabitual. Estos casos son manejados con Levotiroxina endovenosa, intramuscular o subcutánea que no está disponible en nuestro país y su importación es extremadamente cara.

Nuestro paciente fue refractaria tanto para Levotiroxina y Liotironina oral, sublingual, rectal y vaginal (supositorios) lográndose finalmente respuesta con enemas con Levotiroxina.

|  |
| --- |
|  |

**Tabla 1** Intervenciones terapéuticas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TSH** (uUl/mL) | **T4T**(N 5.53-11) ug/dl) | **T3** (VN 0.97-1.69 ng/dl) |
| T4 800 ug, T3 80 ug oral | 373 |  | 0.73 |
| Test absorción T4 inicial | 323 | 0.44 |  |
| Test absorción T4 final | 322 |  |  |
| T3 100 ug c/ 8 hrs oral | 332 |  |  |
| Test absoción T3 inicial | 356 |  | 0.31 |
| Test absorción T3 final | 371 |  |  |
| T3 100 ug c/ 8 hrs SL. | 323 |  |  |
| T3 100 ug c/ 8 hrs + supositorios T4 200 | 313 |  | 0.30 |
| T4 200 ug c/ 8hrs óvulos vaginales | 348 | 0.5 | 0.3 |
| H: T4 200 ug c/ 6 hrs SNE + T3 100 ug c/ 12 SNE + T4 200 ug c/ 8 enema | 11.5 | 0.4 | 7.19 |
| H: T4 100 ug c/ 8 hrs enema + T3 100 ug VO | 3.98 | 18 | 5.74 |
| H: T4 50 ug c/ 8 hrs VO+150 ug enema | 2.82 | 15 | 5.69 |
| H: T4 50 ug c/ 8 VO+T4 100 ug enema | 2.38 | 13.3 | 2.89 |
| H: T4 100 ug c/ 12 hrs VO, 100 ug enema | 2.08 | 14.4 | 2.07 |
| T4 100 ug c/12 hrs VO + T4 100 ug/enema | 10.3 | 10.9 |  |
| T4 100 ug c/12 VO + T4 200 ug/enema | 7.73 | 8.78 | 1.4 |

H: Hospitalizada.

**Financiamiento:** Sin financiamiento