**P 96**

**PRESENTACIÓN INHABITUAL DE UN PACIENTE CON TORMENTA TIROIDEA**

Claudia Ramos Silva1, Beatriz Jiménez Retamal1, Patricio Cabané Toledo1, Gilberto Pérez Pacheco1

1 Clínica INDISA Santiago

La tormenta tiroidea es una manifestación extrema de hipertiroidismo, y habitualmente se asocia a compromiso neurológico multifactorial, existiendo un mayor riesgo de accidentes cerebro vasculares principalmente por embolias secundarias a fibrilación auricular y mucho menos frecuentemente por asociación con síndrome antifosfolípido o por disección arterial.

**Caso clínico:**

Paciente masculino de 39 años con antecedentes de exoftalmo, aumento de volumen cervical, palpitaciones y baja de peso desde el año 2012, manejado con drogas antitiroídeas por algunos meses y luego con abandono de tratamiento. Estando en condiciones estables bruscamente inicia cuadro de dificultad para deambular, deglutir y hablar asociado a disnea, por lo que ingresa a servicio de urgencia, presentando a las pocas horas un paro cardiorespiratorio. Posterior a 3 semanas es trasladado desde su región con el diagnóstico de tormenta tiroidea con mala respuesta a tratamiento. Se desconocen tiempo de maniobras de RCP y mayores antecedentes del periodo de hospitalización.

AL ingreso se evidencia un paciente intubado, soporoso, taquicárdico, sudoroso, normotenso, febril (sin foco infeccioso evidente), adelgazado, con exoftalmo bilateral y un bocio de 100 gr. Electrocardiograma: taquicardia sinusal de 120 latidos por minuto con episodios frecuentes de fibrilación auricular de alta frecuencia. Escala de Burch y Wartofsky : 55 puntos.

TSH frenada, T4L 5.6 ng/dL y T3 2.6 ng/mL.

Resonancia nuclear magnética (RNM) cerebral: lesiones isquémicas en región cerebelosa derecha y en aspecto derecho del bulbo raquídeo.

Angio TAC cervical: Oclusión del segmento V4 de la arteria vertebral derecha, con imagen sugerente de disección arterial.

RNM cervical: importante bocio difuso que desplaza la tráquea y los vasos del cuello.

Se maneja con metimazol 40 mg cada 12 horas, propranolol 60 mg cada 4 horas, hidrocortisona 100 mg cada 8 horas, amiodarona 200 mg cada 8 horas, colestiramina 24 gr día y anticoagulación. Se mantiene en similares condiciones clínicas y de laboratorio por 2 semanas, posterior a lo cual se inicia descenso de hormonas tiroideas y mejoría cardiovascular. Por intubación endotraqueal prolongada y persistencia de daño neurológico, se realiza traqueostomía en conjunto con tiroidectomía total, presentando hipocalcemia transitoria. Evoluciona con progresiva mejoría neurológica que permite retiro de ventilación mecánica; actualmente se encuentra con traqueostomía, gastrostomía, tratamiento fonoaudiológico y kinésico intensivo.

**Comentario final:** La asociación entre hipertiroidismo y disección arterial se ha descrito muy ocasionalmente, pero en territorio carotideo. Una probable causa predisponente podría ser la alteración de la reactividad vascular por acción de las hormonas tiroideas en la musculatura lisa de los vasos y en el endotelio.

**Financiamiento:** Sin financiamiento