

Reunión Clínica 13 de Abril 2019
10:15 – 11:00

“HIPERTIROIDISMO, DROGAS ANTITIROIDEOAS,
HEPATOTOXICIDAD, HIPERCALCEMIA Y SINDROME DE
HUESO HAMBRIENTO”

Presenta: Dr. Juan Abarza S.
Endocrinólogo
Clínica Santa María

Caso clínico 2

Caso 1

Mujer 31 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por síntomas de tirotoxicosis de dos meses de evolución caracterizado por palpitaciones, temblor y baja de peso. Exámenes (05/10/16) TSH < 0,005 uUI/mL, T4 23 ug/dL, T3 651 ng/dL, GOT 32 UI/L, GPT 42 UI/L, INR 1.0 y Ecografía tiroidea con bocio difuso. Se inicia tratamiento con Metimazol 20 mg/día y en control a las 3 semanas destaca (03/11/16) **TRAb 39 UI/L (VN < 1,75 UI/L)** TSH <0,005 uUI/dL, **T4 libre 2,51 ng/dL, T3 217ng/dL, BT 0,26 mg/dL, GPT 230 UI/L, GOT 80 UI/L, INR 0,7.** Se suspende metimazol y una semana después administra 15 mCi, evoluciona con hipotiroidismo y inicia levotiroxina. con pruebas hepáticas (17/12/16) **BT 0,2 mg/dL, GPT 30 UI/L, GOT 35 UI/L, INR 1.0.**

Caso 2

Mujer 51 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por síntomas de tirotoxicosis de 1 año de evolución. Relata haber recibido Metimazol sólo por 5 días, 6 meses antes sin incidentes. Recibe nuevamente Metimazol 3 semanas antes de consulta, que suspende a la semana por prurito, ictericia y coluria. En sus exámenes destaca (07/02/19) TSH <0,005 uUI/, dL, **T4 ug/L libre >7,77 ng/dL, T3 541 ng/dL, TRAb 3,39, BT 18 mg/dL, BD 15,5mg/dL, GOT 82 UI/L, GPT 74 UI/dL, FA 491 UI/L, INR 1.0.** Se complementa estudio (19/02/18) BT 19.09 mg/dL, BD 15 mg/dL, GOT 116 UI/L, GPT 116 UI/dL, FA 399 UI/L, TSH < 0.005 uUI/dL, T3 418 ng/dL, T4l > 7.77 ng/dL, **IgG 1537 mg/dL (VN 700-1600 mg/dL), IgM 150 mg/dL (VN 40-230 mg/dL), ANA 1/640, ASMA negativo en 1/40, AMA negativo en 1/40, Eco abdominal (05/02/19) quiste renal.** Se plantea hepatitis colestásica por metimazol.

Se hospitaliza (25/02/19) en Unidad de Paciente Crítico por hemorragia digestiva alta, con Hb 7,2 g/dL y lipasa 30,2 UI/L y endoscopia digestiva alta sin sangrado activo. Se inician corticoides IV, evolucionando con dolor abdominal. **TAC-AP evidencia pancreatitis aguda insterticial, con elevación de lipasa 440 UI/L, amilasa 198 UI/L, triglicéridos 232 mg/dL, calcio ionico 1,832 mmol/L, Calcio corregido 13,72**

mg/dL, PTH 4,01 pg/mL, Vitamina D 73 ng/mL, colangiorresonancia: barro biliar; se administra **pamidronato (26/02/19).** Se decide manejo definitivo hipertiroidismo con Tiroidectomia, por lo que se inicia Lugol (27/02/19) con muy mala tolerancia digestiva con náuseas y diarrea no inflamatoria (leucocitos en deposiciones negativos, Filmarray gastrointestinal negativo), hipokalemia e hipocalcemia de difícil manejo, por ello se decide no usar colestiramina.

Finalmente se realiza tiroidectomia (11/03/19) sin incidentes, en los exámenes prequirúrgicos destaca (10/03/19) **T4 total 3,53 ug/dL, T3 42 ng/dL, TSH <0.004 uUI/dL, BT 9,1 mg/dL, BD 7,76 mg/dL, SGOT 24 UI/L, SGOT 47UI/L, FA 168 UI/L, INR 1.0, calcio corregido 7,2 mg/dL, Fósforo 2,32 mg/dL.** Al 4º día postquirúrgico presenta (14/03/19) **Fósforo 0,38 mg/dL, Calcio corregido 7.5 mg/dL** (con aporte calcio VO), se administra Calcio y fósforo IV, a las 72 horas posterior se logra dar de alta con aporte de Calcio, Fósforo y potasio VO.

	7/2/19	19/2/19	25/2/19	26/2/19	10/2/19	14/3/19
TSH (uUI/mL)	< 0.005	< 0.005			<0.004	
T4 libre (ng/dL)	> 7.77	> 7.77				
T4 total (ug/dL)				17	3.53	
T3 total (ng/dl)	541	418			42	
TRAb	3.39					
Bilirrubina total (mg/dL)	18	19	24		9.1	
Bilirrubina directa (mg/dL)	15	15	19.33		7.76	
Fosfatasa alcalina (UI/L)	491		375		168	
GOT (UI/L)	82	116	112		24	
GPT (UI/L)	74	116	124		47	
INR	1.0	1.0	1.0		1.0	
Lipasa (UI/L)			18	440		
Amilasa (UI/mL)				198		
Trigliceridos				232		
Calcio corregido (mg/dL)				13.72	7.2	7.5
Fosfato (mg/dL)				3.28	2.32	0.38
PTH (pg/mL)				4.01		
Vitamina D (ng/mL)				73		

CASO 2

Bibliografía:

- Kahaly, Bartanel, Hegedüs. 2018 European Thyroid Association Guideline for the Management of Graves' Hyperthyroidism. Eur Thyroid J. 2018 Aug;7(4):167-186.
- Ross, Burch, Cooper. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid. 2016 Oct;26(10):1343-1421.
- Cooper. Antithyroid drugs. N Eng J Med. 2005 Mar 3;352(9):905-17.