

**LOS GRANDES OLVIDADOS: SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN CONTEXTO DE URGENCIAS ENDOCRINAS TIROIDEAS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS****DIEGO LILLO<sup>1</sup>, ANGELA GARRIDO<sup>2</sup>, LISSELOT ESCARATE<sup>2</sup>, CARMEN LUZ PALMA<sup>2</sup>, ELISA MILLAR<sup>2</sup>, LAURA GIAVENO<sup>2</sup>, LESLIE ECHEVERRÍA<sup>2</sup>****<sup>1</sup>Servicio Medicina Interna Hospital Barros Luco Trudeau, <sup>2</sup>Hospital Barros Luco Trudeau****Contenido:**

**Introducción:** Los pacientes con patología tiroidea pueden presentar compromiso neuropsiquiátrico en grados variables. La prevalencia de la disfunción tiroidea en estos casos supera el 20%, sin embargo, las manifestaciones neuropsiquiátricas severas son infrecuentes como forma de presentación.

**Caso Clínico 1:** Masculino de 54 años. Antecedentes de HTA, epilepsia y policonsumo de sustancias. Cuadro de 4 semanas de evolución de disnea de esfuerzo progresiva asociado a dolor retroesternal de carácter inespecífico, compromiso cualitativo de conciencia con desorientación, lenguaje incoherente y desorganizado. Ingres a parcialmente orientado en tiempo y espacio, taquicárdico, taquipneico, con bajos requerimientos de oxígeno. Al examen físico con bradipsiquia, sin focalidad neurológica evidente, cardiopulmonar con murmullo pulmonar disminuido hacia las bases y ruidos cardiacos apagados. ECG con BCRD sin otros hallazgos, TC de Tórax con signos de congestión pulmonar, derrame pleural bilateral leve, derrame pericárdico moderado, cardiomegalia. Ecocardiograma con derrame pericárdico moderado a severo sin otros hallazgos. Se hospitaliza para estudio de poliserositis. Durante la hospitalización se evidencia desorientación témporo-espacial, bradipsiquia, bradilalia, lenguaje incoherente y desorganizado, episodios de agitación psicomotora y alucinaciones auditivas y visuales. Se inicia manejo con antipsicóticos atípicos y contención física. Dentro del estudio se evidencia TSH 94 µU/mL, T4L 0.04 ng/dL, T3 19 ng/dL. Se sospecha mixedema con psicosis y serositis secundaria. Se inicia manejo con corticoterapia y carga de levotiroxina. Evoluciona favorablemente, con resolución completa de psicosis y poliserositis. **Caso Clínico 2:** Masculino de 39 años. Sin antecedentes. Con cuadro de 5 días de evolución caracterizado por ideas paranoides de daño y perjuicio asociado a alucinaciones auditivas del mismo contenido, con insomnio de conciliación con aumento de la actividad intencionada, taquilalia y taquipsiquia, Ingres a estable, afebril, sin hallazgos relevantes al examen físico. Se hospitaliza para manejo de manía psicótica y se inicia manejo con Olanzapina y Ácido Valproico. Se realizan exámenes donde destacan TSH <0,001 µU/mL, T4L 2.4 ng/dL y T3L 169 ng/dL. Evaluado por endocrinología que inicia manejo con metimazol y propranolol. Paciente evoluciona con resolución completa de cuadro neuropsiquiátrico.

**Conclusión:** Tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo pueden provocar la aparición insidiosa de síntomas neuropsiquiátricos como delirium, demencia, alucinaciones, psicosis y coma. El tratamiento con terapia sustitutiva hormonal o terapia antitiroidea habitualmente produce la remisión del cuadro. Por este motivo es relevante el descarte de patología tiroidea en cuadros neuropsiquiátricos por la posibilidad reversibilidad de éstos.

**Financiamiento:** Sin financiamiento