

TORMENTA TIROIDEA: PRESENTACIÓN INUSUAL DE TIROIDITIS SUBAGUDA

FELKA AGUILERA¹, MARCELO MARDONES²

¹Becada Medicina Interna, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios, ²Endocrinólogo, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios

Contenido:

Introducción: La tormenta tiroidea (TT) es una condición infrecuente y potencialmente fatal que se caracteriza por manifestaciones clínicas graves de tirotoxicosis. Puede ser precipitado por un evento agudo como cirugía tiroidea o no tiroidea, trauma, infección, carga aguda de yodo o parto. Por lo general, se reporta que ocurre en el contexto de la enfermedad de Graves.

Desarrollo: Mujer de 55 años, sin antecedentes conocidos. Cuadro de 3 días de evolución caracterizado por aumento de volumen cervical doloroso asociado a odinofagia, sensación febril, precordialgia, palpitaciones, agregándose las últimas 24 horas vómitos y diarrea.

Consulta en Servicio de Urgencias: frecuencia cardíaca 169 lpm, hipotensión 90/46 mmHg, fiebre 38°C. Al examen físico deshidratada, sin compromiso de conciencia. Laboratorio: leucocitosis 14740, trombocitosis 478000, VHS 122, PCR 167 mg/dl, GOT 65 U/L, GPT 92 U/L, GGT 309 U/L, Fosfatasas alcalinas 339 U/L. Electrocardiograma: taquicardia sinusal. Angiografía por Tomografía Computarizada de Tórax (AngioTC): sin tromboembolismo pulmonar, derrame pleural derecho. Ecografía abdominal: sin lesiones. Ecocardiograma transtorácico: función sistólica global deprimida con fracción eyección 40%, insuficiencia mitral leve, hipertensión pulmonar moderada.

Evaluada por endocrinología: sin sintomatología previa de disfunción tiroidea, tiroides no palpable, cuello indoloro, no se evidencia exoftalmo. Score de Buch-Wartofsky 45 puntos. Estudio bioquímico: TSH < 0.04 µUI/mL (VN 0.55-4.78), T4 libre 5.83 ng/dL (VN 0.89-1.76). Se plantea TT iniciándose manejo con propranolol, tiamazol e hidrocortisona.

Completa estudio: Anticuerpos anti receptor de TSH negativos 0.55 UI/L (VN: < 1), anticuerpos anti TPO en 24 negativos (VN < 100), anticuerpos ATG en 17 negativos (VN < 138). Ecografía tiroidea mostró signos de tiroiditis inespecíficos con vascularización conservada. Se realiza captación I 131 en 24 horas, posterior a 2 semanas de haberse realizado AngioTC de tórax, resultando en 0.5%. Se diagnostica tiroiditis subaguda. Paciente logra estabilidad clínica y se suspende terapia para TT. Al mes desarrolla hipotiroidismo: TSH 6.07 µUI/mL, T4 libre 0.47 ng/dL condición que revierte espontáneamente en los meses siguientes logrando eutiroidismo: TSH 1.5 µUI/mL, T4 libre 0.91 ng/dL.

Discusión: El caso presentado corresponde a una causa inusual de tormenta tiroidea. Debe considerarse a la tiroiditis subaguda en el diagnóstico diferencial de esta entidad clínica.

Financiamiento: Sin financiamiento