



Sociedad Chilena
de Endocrinología
y Diabetes

“TRATANDO EL HIPERTIROIDISMO SIN TIONAMIDAS ¿QUE OPCIONES EXISTEN?”

Presenta: Dr. Félix Vásquez R.
Endocrinología
Hospital San Juan de Dios
GRUPO DE ENDOCRINOLOGÍA ÁREA OCCIDENTE.

CASO 1

Introducción: La tormenta tiroidea (TT) es la expresión más grave de la tirotoxicosis, alcanzando mortalidad cercana al 30%. El tratamiento de primera línea es uso de tionamidas, betabloqueadores y corticoides. En casos refractarios o desarrollo de efectos adversos severos es útil plantear el uso de plasmaféresis (PF) como puente a una terapia definitiva.

Caso clínico: Hombre de 20 años con antecedente de hipertiroidismo por enfermedad de Graves en tratamiento con tiamazol 30 mg día y propranolol desde hace dos años. Ingres a servicio de urgencia debido a cuadro de un mes caracterizado por coluria, orinas espumosas, edema palpebral, dolor abdominal, diarrea, vómitos, palpitaciones y febril. Destaca al examen físico: FC 125 lpm, ritmo regular, temperatura 38.5 °C Score Burch-Wartofsky (BW) 55 puntos.

Se hospitaliza en UPC por TT. Al examen físico: sin compromiso de conciencia, FC 90 lpm, temperatura 38°C, aspecto tirotóxico, leve exoftalmo, bocio palpable, disneico, crepitaciones pulmonares y edema de extremidades inferiores. Exámenes destaca pancitopenia. TC Tórax: bocio tiroideo difuso. Ecocardiograma transtorácico: Hipertensión pulmonar moderada-severa y dilatación de ventrículo derecho. Sin claro factor gatillante de su TT. Se suspende tiamazol, manejándose con propranolol en dosis altas y corticoides. Evoluciona con franca elevación de T4L agregándose compromiso pulmonar probablemente congestivo que requiere asistencia respiratoria invasiva. Evaluado en conjunto por nefrología, reumatología y endocrinología se plantea LES con compromiso renal-pulmonar vs lupus inducido por tiamazol. Dado la imposibilidad de usar tionamidas se indica PF, completando 5 sesiones con lo cual se logra significativa reducción en el valor de hormonas tiroideas. Tras última PF se realiza tiroidectomía total sin incidentes. Biopsia: bocio sin elementos de malignidad. Inicia sustitución con levotiroxina (LT4). Paralelamente recibió pulsos de metilprednisolona y se estudia con biopsia que concluye glomerulonefritis mesangioproliferativa por depósito de inmunocomplejos (etiología lúpica vs lupus like por tiamazol). Paciente logra estabilidad clínica y se da alta con LT4 y terapia inmunosupresora (corticoides + hidroxiclороquina). Se mantiene en controles ambulatorios con endocrinología y reumatología. Conclusión: La plasmaféresis es una estrategia terapéutica útil para lograr un rápido control del estado tirotóxico severo previo a la realización de tiroidectomía.

BIBLIOGRAFIA

1.- Nonthionamide Drugs for the Treatment of Hyperthyroidism: From Present to Future
International Journal of Endocrinology Volume 2018, Article ID 5794054, 10 pages.

<https://doi.org/10.1155/2018/5794054>.

2.- Therapeutic Plasma Exchange in Refractory Hyperthyroidism Eur Thyroid J 2021;10:86–92. DOI:
10.1159/000507019