



Caso clínico

Tormenta de signos y síntomas en mujer joven

Carmen Borraz Ordás^{a,*}, Ana Adloff Alonso^b, Inés Modregro Pardo^c y Ana Jover Fernández^c^a Unidad de Corta Estancia, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España^b Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España^c Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de mayo de 2019

Aceptado el 29 de julio de 2019

Palabras clave:

Mujer
Tormenta
Síntomas

RESUMEN

Contexto: Se trata de una patología poco frecuente pero con importante repercusión clínica y reto diagnóstico para el médico, que debe tenerlo presente en su práctica clínica diaria por la importante morbimortalidad que conlleva. Presentación del caso: Mujer de 49 años, exfumadora desde hace 5 años, con antecedentes de hipertiroidismo sin tratamiento actual. Clínica de 10 días de edema bilateral en miembros inferiores, disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos y episodios aislados de palpitaciones. Un mes con diarrea de más de 10 deposiciones diarias, hiperhidrosis y pérdida de peso. En la exploración: mal estado general, ictericia conjuntival, delgadez extrema, disnea al hablar. Auscultación cardíaca arritmica, taquicárdica; miembros inferiores muy edematosos con fovea hasta raíz de miembros. Electrocardiograma en fibrilación auricular a 200 lpm. Analítica con péptido natriurético elevado, hiponatremia, hiperbilirrubinemia, alteración de la coagulación y trombocitopenia. La radiografía de tórax muestra derrame pleural bilateral. Diagnóstico diferencial con insuficiencia cardíaca con fibrilación auricular, sospecha de tumoración patología abdominal, alteración tiroidea. Discusión y conclusiones: El diagnóstico definitivo fue de tormenta tiroidea en contexto de enfermedad de Graves-Basedow. Recibió tratamiento deplectivo y frenador, antitiroideos, propranolol y corticoterapia a altas dosis. La evolución fue satisfactoria. La tormenta tiroidea es una urgencia endocrina que supone un reto diagnóstico para el médico. Se asocia a una alta morbimortalidad. Es muy poco frecuente. La etiología es desconocida en un 25-43%; algunos factores son la discontinuación del tratamiento antitiroideo, cirugía, embarazo, traumatismo, estrés, infecciones, fármacos. El tratamiento es inicialmente sintomático y la terapia definitiva radioyodo o cirugía. La mortalidad es del 10-30%, producida por fallo multiorgánico y/o insuficiencia cardíaca, si no se inicia el tratamiento de manera precoz, de ahí la importancia de tenerla presente en la consulta.

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Storm of signs and symptoms in young woman

ABSTRACT

Context: This is a rare pathology, but with significant clinical repercussion, as well as a diagnostic challenge for doctors, who must be aware of it in their daily clinical practice due to the important morbidity and mortality involved. Case presentation: 49-year-old woman, ex-smoker for 5 years, history of hyperthyroidism with no current treatment. In the previous 10 days has had a clinical picture of bilateral oedema in the lower limbs, progressive dyspnoea with minimal effort, and isolated episodes of palpitations. She has had diarrhoea with more than 10 daily bowel movements, hyperhidrosis, and weight loss. On examination: general poor condition, conjunctival jaundice, extreme thinness, dyspnoea when speaking. In auscultation she was arrhythmic with tachycardia. The lower limbs were very oedematous with fovea to the root of limbs. Electrocardiogram in atrial fibrillation at 200 bpm. The laboratory results

Keywords:

Symptoms
Storm
Woman

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: cborraz@ono.com, borraz.carmen@gmail.com (C. Borraz Ordás).

reported a high natriuretic peptide, hyponatraemia, hyperbilirubinaemia, coagulation abnormality, and a platelet disorder. Chest X-ray shows bilateral pleural effusion. Differential diagnosis with heart failure with atrial fibrillation, suspected abdominal disease with a tumour, and thyroid disorder. Discussion and conclusions: The definitive diagnosis was thyroid storm in the context of Graves-Basedow disease. The patient received diuretic treatment, antithyroid drugs, propranolol, and corticosteroid therapy at high doses. Progress was satisfactory. Thyroid storm is an endocrine emergency that is a diagnostic challenge for the doctor. It is associated with high morbidity and mortality. It is very rare. The aetiology is unknown in 25-43%. Some factors are the discontinuation of antithyroid treatment, surgery, pregnancy, trauma, stress, infections, and drugs. The treatment is initially symptomatic and then definitive radioiodine therapy or surgery. Mortality is 10-30%, due to by multiple organ failure and / or heart failure, especially if treatment is not started early, hence the importance of being aware of it in the clinic.

© 2019 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Mujer de 49 años, exfumadora desde hace 5 años, con antecedentes de hipertiroidismo sin tratamiento actual, consulta en Urgencias hospitalarias por un cuadro de 10 días de evolución de edema bilateral en miembros inferiores, que ha ido en aumento, asociado a disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos y episodios aislados de palpitaciones. La clínica comenzó hace un mes, con un cuadro de diarrea con más de 10 deposiciones diarias. Asocia hiperhidrosis y pérdida de peso no cuantificada, sin anorexia.

Consulta 2 veces con su médico de Atención Primaria, que objetiva en la analítica un aumento de la bilirrubina total y transaminasas y una hipopotasemia, iniciando tratamiento con potasio oral.

A la exploración física destaca afectación del estado general con ictericia conjuntival, delgadez extrema, disnea al hablar y precisa ayuda para movilizarse. La auscultación cardiaca es arrítmica, taquicárdica a 200 lpm; en miembros inferiores se observa un importante edema bilateral con fóvea hasta raíz de miembros.

El electrocardiograma muestra una fibrilación auricular con una respuesta ventricular media de 200 lpm. En la analítica destaca: péptido natriurético elevado (1.120 pg/ml), hiponatremia (121 meq/l), hiperbilirrubinemia (5,40 mg/dl), alteración de la coagulación con índice de Quick 38%, INR 1,86, fibrinógeno 107 mg/dl, y trombocitopenia ($100 \times 10^9/l$). En la radiografía de tórax se describe un derrame pleural bilateral.

El diagnóstico inicial fue de insuficiencia cardiaca aguda y fibrilación auricular rápida de inicio indeterminado. Ingresó en Cardiología con tratamiento deplectivo, frenador y anticoagulación.

Durante el ingreso se realizó un ecocardiograma objetivando una depresión moderada de la función sistólica global (FEVI 40%); y una ecografía hepatobiliar sin hallazgos patológicos. En el control analítico persistía el fallo hepático y presentó nuevamente hipopotasemia.

Se solicitó un perfil tiroideo que mostró un hipertiroidismo franco y anticuerpos antirreceptores de TSH positivos. Se realizó una ecogammagrafía que mostró bocio difuso en tiroides hiperfuncionante (fig. 1).

El diagnóstico final fue de tormenta tiroidea en contexto de enfermedad de Graves-Basedow.

La evolución de la paciente fue satisfactoria. Continuó con tratamiento deplectivo y frenador, y se inició tratamiento con antitiroideos, propranolol y corticoterapia a altas dosis. Tras la normalización de las hormonas tiroideas, los parámetros analíticos de fallo orgánico se fueron restableciendo, estabilizándose así mismo la situación cardiológica. Mantiene seguimiento en consultas externas de Endocrinología, pendiente de tiroidectomía total que inicialmente la paciente rechaza.

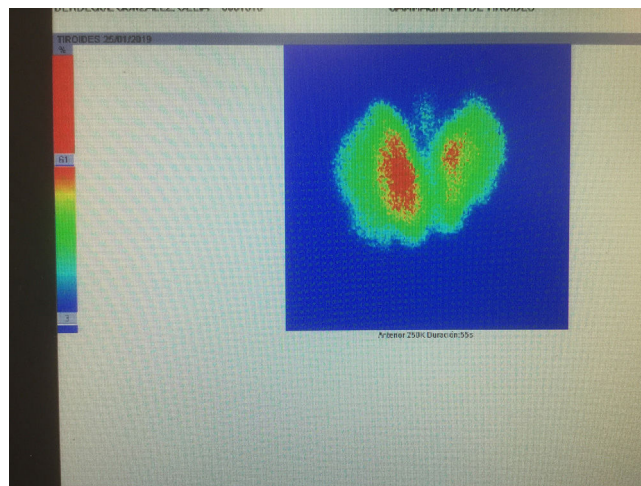


Figura 1.

La tormenta tiroidea es una urgencia endocrina que supone un reto diagnóstico para el médico. Se asocia a una alta morbi-mortalidad que puede disminuirse al 10% de muertes si se actúa tempranamente. Es muy poco frecuente, con una incidencia de 0,2 casos/100.000 hab/año y una prevalencia en Europa del 0,5-0,8%^{1,2}. La etiología es desconocida en un 25-43%; como factores desencadenantes estarían la discontinuación del tratamiento antitiroideo, cirugía, embarazo, traumatismo, estrés, infecciones, fármacos (amiodarona...). Es más frecuente en población blanca, mujeres, enfermedad de Graves no diagnosticada. Los pacientes presentan signos y síntomas típicos del hipertiroidismo de forma exagerada así como distintos grados de fallo orgánico (alteraciones del sistema nervioso central, fallo hepático, disfunción cardiovascular. . .), siendo desconocido el mecanismo fisiopatológico exacto por el que se produce esta exacerbación del hipertiroidismo^{2,3}.

El diagnóstico inicial es fundamentalmente clínico, pudiendo apoyarse con la escala de Burch y Wartofsky⁴. La gravedad no se relaciona con las concentraciones de las hormonas tiroideas, pero ayudan a confirmar el diagnóstico.

El tratamiento es multidisciplinario actuando sobre cada síntoma; una vez estable, la terapia definitiva es radioyodo o cirugía^{3,5}.

La mortalidad es del 10-30% producida por fallo multiorgánico y/o insuficiencia cardiaca, si no se inicia el tratamiento de manera precoz^{1-3,5}; de ahí la importancia de tenerla presente en la consulta de atención primaria ante un paciente que nos venga con clínica de hipertiroidismo exacerbada.

Puntos clave

- La tormenta tiroidea es una urgencia endocrina que supone un reto diagnóstico para el médico.
- Es una patología muy poco frecuente pero con alta morbi-mortalidad.
- La mortalidad es producida por fallo multiorgánico y/o insuficiencia cardíaca.
- Se debe iniciar el tratamiento de manera precoz, inicialmente sintomático y la terapia definitiva es con radioyodo o cirugía.
- Es importante tener esta patología presente en la consulta diaria del médico por la mortalidad que conlleva si no se actúa precozmente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 1 Akamizu T, Satoh T, Isozaki O, Suzuki A, Wakino S, Iburu T, et al. Diagnostic criteria, clinical features, and incidence of thyroid storm based on Nationwide surveys. *Thyroid* 2012;22:661–79.
- 2 De Leo S, Lee S, Braverman LE. Hyperthyroidism. *Lancet* 2016;388:906–18.
- 3 Chiha M, Samarasinghe S, Kabaker AS. Thyroid storm: An updated review. *J Intensive Care Med* 2015;30:131–40.
- 4 Burch HB, Wartofsky L. Life-threatening thyrotoxicosis Thyroid storm. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1993;22:263–77.
- 5 Bacuzzi A, Dionigi G, Guzzetti L, de Martino AI, Severgnini P, Cuffari S. Predictive features associated with thyrotoxic storm and management. *Gland Surg* 2017;6:546–51.