



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-066 - EL PAPEL DE LA CIRUGÍA EN LA CRISIS TIROTÓXICA

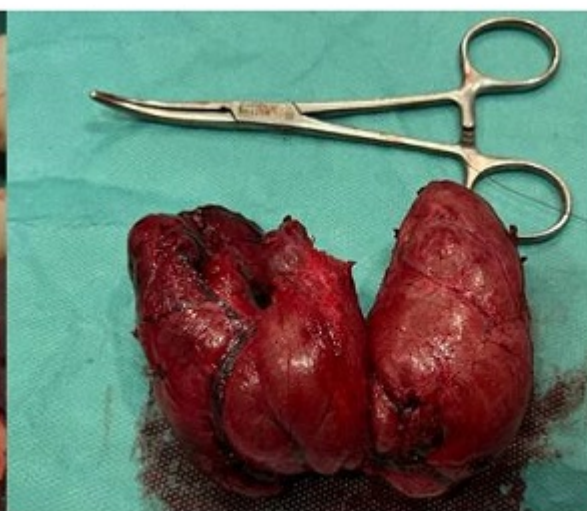
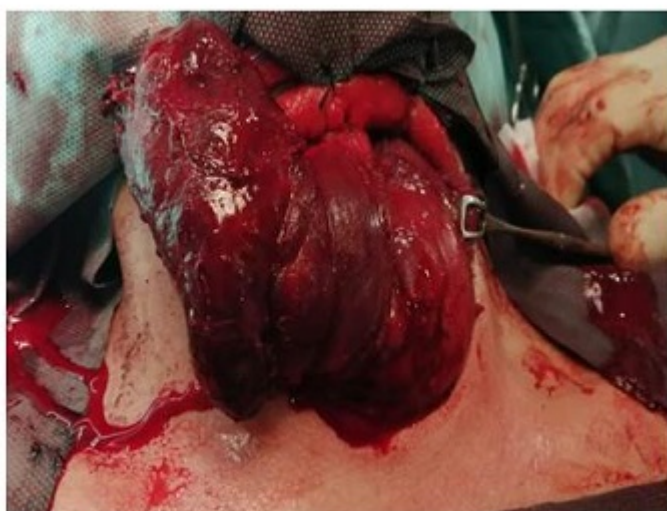
Ortega Castán, María; Soler Humanes, Rocío; Tapia Durán, Nuria; Fernández Serrano, Jose Luis; Morales García, Dieter José; Ocaña Wilhelmi, Luis Tomás

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La crisis tirotóxica o tormenta tiroidea es la manifestación clínica más extrema del hipertiroidismo. Constituye una emergencia médica, requiriendo un diagnóstico y tratamiento intensivo precoz que permita disminuir su mortalidad que actualmente ronda en torno al 10%.

Caso clínico: Mujer de 37 años, fumadora, sin patología tiroidea diagnosticada previamente, acude al Servicio de Urgencias por disnea y tos progresiva de semanas de evolución que en las últimas horas asocia fiebre, nerviosismo e inquietud. A la exploración, llama la atención un bocio grado 3 según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, exoftalmos bilateral, disnea en reposo y tiraje respiratorio con saturación de oxígeno inferior al 90% y taquiarritmia sinusal a 160 latidos por minuto. Ante la mala tolerancia clínica de la paciente a esta situación, se procede a la cardioversión farmacológica, que fracasa y requiere cardioversión eléctrica, tras la cual, se deteriora respiratoriamente requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva con estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los hallazgos en la exploración física, asociado a los resultados analíticos, con hormona estimuladora del tiroides totalmente suprimida (TSH 0,008) y una hormona tiroidea elevada (T4L 132), determinan el diagnóstico de crisis tirotóxica o tormenta tiroidea. Además, en la radiografía de tórax se aprecia un infiltrado pulmonar unilobar correspondiente a una neumonía adquirida de la comunidad, la cual habría contribuido a desencadenar la crisis tirotóxica. La paciente permanece en UCI durante tres días recibiendo como tratamiento betabloqueantes (propanolol), corticoides (hidrocortisona), antitiroideos (propiltiouracilo), lugol y antibioterapia empírica, tras los cuales consigue ser extubada y estabilizada hemodinámicamente. En planta de hospitalización se normaliza la función tiroidea, mejorando signos clínicos como el exoftalmos y siendo dada de alta con tiamazol y con una cirugía tiroidea programada. Se intervino mediante tiroidectomía total al mes del ingreso. Durante la cirugía, se objetivó una glándula tiroidea aumentada de tamaño, de consistencia pétrea y muy vascularizada. No presentó complicaciones en el posoperatorio. El resultado de anatomía patológica es compatible con hiperplasia nodular difusa.



Discusión: La crisis tirotóxica es un desafío diagnóstico y su tratamiento es todo un reto. La cirugía cobra un papel esencial en el tratamiento definitivo de forma urgente, si el tratamiento médico no controla la función tiroidea, o de forma diferida, como se presenta en nuestro caso clínico, para evitar futuras crisis tirotóxicas.