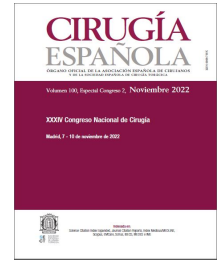




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-105 - TIROTOXICOSIS COMO URGENCIA QUIRÚRGICA EN GRAVES BASEDOW

Rodríguez Silva, Cristina; Jiménez Mazure, Carolina; Ramos Muñoz, Francisco; Pulido Roa, Isabel; Pérez Rodríguez, Rosa; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La tormenta tiroidea se define como un estado agudo y descompensado de hipermetabolismo grave inducido por hormonas tiroideas que involucra a múltiples sistemas constituyendo el estado más extremo de tirotoxicosis.

Caso clínico: Varón de 40 años que ingresa en UCI por crisis de tirotoxicosis grave con fallo multiorgánico asociado: insuficiencia hepática aguda grave, insuficiencia respiratoria precisando intubación orotraqueal y ventilación mecánica prolongada, insuficiencia renal. Durante la anamnesis el paciente refiere aumento del perímetro cervical de un mes de evolución y disnea de rápida evolución hasta hacerse de reposo. Niega antecedentes de patología tiroidea. Durante la exploración física se objetiva importante exoftalmos y bocio de gran tamaño con incremento de la trama vascular cervical superficial. Tras estudio durante dicho ingreso se objetivan TSH 0,01, T4L 137,9, BT 24,73, BD 19,9 Ac. antiperoxidasa: > 1.300,00 UI/mL, Ac. antirreceptor TSH: 32,85 UI/mL y coagulopatía. Se realiza ecografía cervical que revela aumento generalizado del tamaño del tiroides con contornos lobulados y ecogenicidad heterogénea, hallazgos sugestivos de tiroiditis compatible con Graves Basedow. En TAC cervical se confirman hallazgos de ecografía. Debido a que precisa traqueostomía se contacta con nuestro Servicio para valorar tiroidectomía total asociada a dicho procedimiento. Tras optimización preoperatoria con Lugol, se realiza tiroidectomía total reglada, destacando gran friabilidad de los tejidos con un sangrado intraoperatorio de aproximadamente 500 cc y neuromonitorización nerviosa con preservación de señal en todo momento. La anatomía patológica informó de hiperplasia difusa. La evolución posoperatoria fue tórpida, estando condicionada por un avance en el destete del respirador muy lento, tetraparesia del paciente crítico y neumonía por BLEE, precisando ingreso en UCI durante 2 meses. Posteriormente sube a planta de hospitalización, presentando buena evolución con la completa normalización de la función hepática, renal y respiratoria, motivo por el cual se traslada a centro periférico para continuar rehabilitación.

Discusión: La tormenta tiroidea puede tener una presentación clínica variada que incluye fiebre, taquicardia, hipertensión y anomalías neurológicas y gastrointestinales. También puede conducir a un *shock* hiperdinámico, es decir, insuficiencia cardíaca de alto gasto que puede progresar a hipotensión y coma. Para el tratamiento quirúrgico electivo o no urgente del hipertiroidismo, el protocolo estándar implicaría gradualmente alcanzar el eutiroidismo antes de la cirugía. El abordaje quirúrgico de la tormenta tiroidea es similar al de la enfermedad de Graves e implica una tiroidectomía total. La cirugía produce una resolución rápida del hipertiroidismo. Los pacientes que

requieren una intervención quirúrgica urgente se dividen esencialmente en 3 categorías: pacientes que se deterioran clínicamente o no mejoran dentro de 24 a 48 horas a pesar del tratamiento médico intensivo, desarrollan efectos secundarios al tratamiento (agranulocitosis inducida por tionamidas o trombocitopenia grave) o necesitan una resolución rápida de su hipertiroidismo debido a una lesión subyacente grave, comorbilidades cardíacas o pulmonares.