



## 32 - DESCENSO DE LA DOSIS DE PREDNISONA EN EL HIPERTIROIDISMO POR AMIODARONA TIPO 2 O MIXTO: ¿ES NECESARIO ESPERAR A LA NORMALIZACIÓN DE LA TSH?

*M. Pazos Guerra, M. Cuesta Hernández, R. Pallarés Gasulla, J. Ruiz Sánchez, X. Pérez Candel, C. López Nevado, P. de Miguel Novoa, Á. Díaz Pérez, A. Calle Pascual e I. Runkle de la Vega*

*Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** En el tratamiento (tto) del hipertiroidismo por amiodarona (AIT) tipo 2/mixto leve/moderado se recomienda una dosis inicial de prednisona (P) de 30 mg/día, sin que haya una pauta estándar para reducir dosis. Se puede mantener la dosis inicial hasta normalizarse la TSH, o bajar dosis precozmente en cuanto se normalice la T4l, para minimizar los efectos secundarios (ES) de la corticoterapia. Sin embargo, una reducción precoz de la dosis de P puede conllevar un nuevo empeoramiento de hormonas tiroideas (HT). El objetivo del estudio es evaluar la respuesta a la disminución precoz de P.

**Métodos:** Estudio retrospectivo. Pacientes vistos en Consulta de AIT de 2010-19 con AIT tipo 2/mixto (según gamma, Doppler, T3/T4 y respuesta). Tto inicial: P 30 mg/día (N = 30). Por protocolo, tras normalización de T4l, se bajó dosis un 50%, con re-elevación de la dosis (ED) en caso de empeoramiento de HT. Se valoró respuesta a tto inicial, número de pacientes precisando ED como única modificación terapéutica, tiempo total de corticoterapia, y ES. T3l N: 2,5-4 pg/ml, T4l N 6-16 pg/ml, medianas [RIQ].

**Resultados:** 7 (23,3%) tipo 2 puro. Pre-tto: T4L inicial 25,7 [14,2], T3 3,6 [1,5]. Tras inicio P: reducción de T4l a 23,2 [15,2], T3l a 3,1 [0,9], ambos p 0,01. Descenso de dosis P con T4: 14,9 [5,9], T3 2,7 [0,9] tras mediana de 16 días [15]. En 6 (20%) hubo empeoramiento, resuelto solo con aumento de P, mientras que 8 (26,7%) precisaron asociar otros ttos. En los tipo 2, solo 1 (14,3%) requirió aumento de P, mientras que en mixtos fueron 5 (21,7%), p 0,05. Se mantuvo P una mediana de 93 días [82,5]. ES en 44%, destacando hiperglucemia (25%) y miopatía (21%).

**Conclusiones:** En nuestra serie el tratamiento del AIT tipo 2/mixto requirió corticoterapia prolongada, siendo los ES frecuentes. El descenso precoz de P conllevó empeoramiento de HT en una minoría, y fue excepcional en el tipo 2 puro. Se puede reducir la dosis de P al normalizarse el nivel de T4l, sin esperar la desinhibición de la TSH.