



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.