



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2702 - ¡Si la arritmia te acojona... ojo con la amiodarona!

R. Roncero Vidal<sup>a</sup>, M.I. Gallardo Murillo<sup>b</sup>, M.C. Roncero Vidal<sup>c</sup> y J.M. González Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Pueblonuevo del Guadiana.<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz.<sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 59 años de edad con AP de HTA, DM tipo 2, síndrome ansioso depresivo, ex fumadora que sufrió ACVA a los 36 años en seguimiento en consultas de cardiología por presentar una taquicardia ventricular monomorfa sostenida. Acude a nuestra consulta de Atención Primaria porque se encuentra más nerviosa de lo habitual, diarrea con urgencia defecatoria sin productos patológicos. Además refiere caída del pelo y se encuentra más irritable y todo le sienta mal. Afebril en todo momento sin otra sintomatología en la anamnesis dirigida por aparatos. Mirando su historial analítico observamos que tiene pendiente control de hemoglobina glicosilada y FRCV.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, inquieta en la consulta. AC: rítmica a 100 lpm sin soplos, AP: MVC con ligera hipofonesis global, Abdomen blando depresible molestias a la palpación profunda generalizada, sin signos de irritación peritoneal con ruidos hidroaéreos aumentados. Realizamos electrocardiograma con ritmo sinusal a 90 lpm eje y PR normal, QTc: 416 ms. Damos volante para control analítico. Se pauta dieta blanda, observación domiciliaria y se dan signos de alarma por los que volver a consultar. A la semana la paciente continua con la misma exploración y observamos en control analítico T4 libre 26,5 y TSH indetectable. Revisamos tratamiento y la paciente tenía pautado por Cardiología amiodarona y en historial de TSH no ha habido nunca alteraciones al respecto. Contacto telefónicamente con Servicio de Endocrinología para comentar el caso de manera urgente.

**Juicio clínico:** Hipertiroidismo por amiodarona.

**Diagnóstico diferencial:** Ansiedad, gastroenteritis, hipertiroidismo multifactorial, síndrome depresivo, hipertiroidismo por amiodarona tipo 1 y 2.

**Comentario final:** La paciente pasó a control estricto de TSH, no supresión de amiodarona y tratamiento con tiamizol a dosis alta y demacro 30 al no poder descartar etiología autoinmune. La amiodarona es un principio activo cada vez menos utilizado debido a sus múltiples efectos secundarios quedando su uso en casos seleccionados. Debemos ser estrictos en los controles de hormonas tiroideas de estos pacientes.

### Bibliografía

1. Bogazzi F, Tomisti L, Rossi G, et al. Glucocorticoids are preferable to thionamides as first-line treatment for amiodarone-induced thyrotoxicosis due to destructive thyroiditis: A matched retrospective Cohort Study. J Clin Endocrinol Metab. 2009;94:3757-76.

*Palabras clave:* Amiodarona. Hipertiroidismo. Arritmia. Efectos adversos.