



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/4596 - LOS FÁRMACOS COMO CAUSA DE ENFERMEDAD

I. Suárez Cuesta<sup>a</sup>, P. Bahillo<sup>b</sup>, I. Costel Guijosa<sup>b</sup> y L. Torres Pallares<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 59 años, con AP exfumador, HTA, hiperuricemia, hiperhomocisteinemia, miocardiopatía hipertrófica obstructiva en fase dilatada. FEVI 30%. Portador de DAI. Tratamiento habitual: dabigatrán, amiodarona, candesartán, torasemida. En analítica de control se detecta hipertiroidismo. A posteriori se historia al paciente que recuerda sensación de intolerancia al calor, con temblor en ocasiones y algo de nerviosismo. Tras los hallazgos analíticos y ecográficos, se suspende amiodarona y se pauta tirodriol y prednisona. Reacude con mayor clínica y se repite analítica con empeoramiento, por lo que se aumenta dosis de tirodriol y corticoides y se deriva a endocrino que finalmente tras la no mejoría, deciden intervención quirúrgica.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: normal. Analíticas: 24/10: T4 libre: 3,24 ng/dl (0,9-1,7). TSH: 0,06 mUI/l (0,27-4,2); 14/11: T4 libre 3,81 ng/dl (0,9-1,7). TSH 0,02 mUI/l (0,27-4,2). Ac anti-receptor TSI: negativos. Eco de cuello: La glándula tiroides presenta asimetría tamaño con un diámetro anteroposterior del LD de 2,6 cm y 2 cm LI. El parénquima es ligeramente heterogéneo compatible con tiroiditis. Identificándose únicamente pequeños quistes coloideos y ganglios en contacto con polo inferior del LTI, el mayor de 8 mm. El estudio Doppler no presenta aumento de la vascularización siendo compatible con tiroiditis por amiodarona tipo II. 1/12: TSH 0,005 mIU/L (0,550-4,780) T4 libre > 12,00 ng/dL (0,89-1,76).

**Orientación diagnóstica:** Hipertiroidismo por amiodarona tipo 2.

**Diagnóstico diferencial:** E. Graves, F. antitiroideos, betabloqueantes, amiodarona, litio, tiroiditis.

**Comentario final:** A diferencia de otros casos de tirotoxicosis, en el hipertiroidismo por amiodarona, la estabilización de los valores hormonales tiroideos no es rápida tras suspender el tratamiento. En este caso, se produjo un hipertiroidismo prácticamente irreversible, cuyo tratamiento final tuvo que ser la tiroidectomía.

### Bibliografía

1. <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-tratamiento-hipertiroidismo-inducido-por-amiodarona-S1575092210000409>
2. Amiodarone and the thyroid. Am J Med. 2005;118:706-14.
3. 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;94:3757-61.
4. Enfermedades del tiroides. Medicina Interna, 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2004. p. 2474.

5. Hipertiroidismo. Guías Clínicas en Atención Primaria. Fisterra.com. Disponible en:  
<http://www.fisterra.com/guias2/hipertiroidismo.asp>

**Palabras clave:** Hipertiroidismo. Amiodarona. Tirotoxicosis.