

424/1844 - UN CASO CLÍNICO DE HIPERTIROIDISMO

R. Olea Muñoz¹, S. Álvarez Mesuro², J. Zaraiza Pellejero³ y E. Rivera Mayoral³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital 12 de Octubre. Madrid.²Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 90 años. Antecedentes: infarto postero-infero-lateral con disfunción del ventrículo izquierdo (VI). Taquicardia ventricular monomorfa degenerada a fibrilación ventricular en relación a fracaso renal agudo con hiperpotasemia grave, tratada con cardioversión eléctrica y amiodarona. Es estudiado por lesiones ampollosas/penfigoide en miembros inferiores compatibles con toxicodermia, pancitopenia y fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Solicitada tomografía para descartar malignidad muestra un bocio homogéneo endotorácico. Analítica: TSH (tirotropina) 0,04 ?IU/ml, T4L (tiroxina libre) 2,19 ng/dl. Anticuerpos antiperoxidasa 31 IU/ml, anticuerpos antitiroglobulina 17 IU/ml, anticuerpos anti-receptor TSH 1,12 IU/ml.

Orientación diagnóstica: Hipertiroidismo inducido por amiodarona. Se inició tratamiento con carbimazol.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Graves-Basedow. Bocio multinodular tóxico. Adenoma tóxico. Tirotoxicosis facticia.

Comentario final: El tratamiento con amiodarona produce disfunción tiroidea (hiper o hipotiroidismo) en un 15-20% de los pacientes. En su desarrollo influye el consumo de yodo y el estado de la glándula previo al inicio del fármaco. Dos tipos de hipertiroidismo: Tipo 1, por déficit de yodo con bocio nodular o enfermedad de Graves latente; tipo 2, por tiroiditis destructiva sobre una glándula normal. En tratamientos con amiodarona, se recomienda monitorizar la función tiroidea previo a iniciar tratamiento, y cada 3-4 meses hasta 1 año tras su retirada. Las guías ETA (European Thyroid Association) consideran el hipertiroidismo y la disfunción VI como factores de riesgo independientes de morbimortalidad cardiovascular, y recomiendan la tiroidectomía total en cualquier momento, sobretodo en ancianos con fracción de eyección reducida. En hipertiroidismo tipo 1 recomiendan las tionamidas acompañadas de perclorato sódico 4-6 semanas (dosis máxima 1 g/día), hasta conseguir eutiroidismo, y posteriormente considerar yodo radioactivo o cirugía. No existe consenso ni evidencia de si es aconsejable continuar con la administración de amiodarona, individualizar. Si estaría recomendado continuarlo en pacientes con patología cardiaca que amenace la vida (arritmias malignas, grave alteración estructural).

Bibliografía

1. 2018 European Thyroid Association (ETA) Guidelines for The Management of Amiodarone-Associated Thyroid Dysfunction. Euro Thyroid J. 2018;7:55-66.

Palabras clave: Amiodarona. Hipertiroidismo. Cardiopatía.