

805 - PATOLOGÍA TIROIDEA

*Oulad Ahmed, Bothayna
Dueñas Disotuar, Suset
Ramos Pardillo, Natalia*

CRISIS TIROTÓXICA

DEFINICIÓN	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
<p>Respuesta anómala a un exceso de hormona tiroidea, causada a menudo por hipertiroidismo de base.</p> <p>A menudo de base hay una Enfermedad de Graves, pero se han descrito con adenoma y bocio multinodular tóxicos.</p> <p>Los mecanismos patogénicos no se conocen bien.</p>	<p>Inicio brusco en tirototoxicosis preexistente infra tratada o no tratada.</p> <p>Menos florido en ancianos.</p> <p>Puede haber un factor precipitante (infecciones, cirugía, fármacos, eventos cardiovasculares, tiroiditis, tromboembolismos...).</p> <p>Signos y síntomas: fiebre alta, taquicardia o taquiarritmia, deshidratación, disnea...</p> <p>Fracaso multiorgánico con inestabilidad hemodinámica es un acompañante frecuente, condicionando la alta mortalidad.</p>	<p>Es clínico, mediante escalas como la de Burch y Wartofsky, recogida en la tabla "Criterios diagnósticos de la tormenta tiroidea. Adaptado de Burch y Wartofsky".</p> <p>Pruebas complementarias más útiles son: bioquímica, perfil hepático, renal e iones en sangre, hemograma, coagulación, radiografía de tórax y abdomen, gasometría venosa y el electrocardiograma.</p> <p>Hoja interconsulta a laboratorio si sospecha: TSH, T4 y T3 libres.</p> <p>Si no hay diagnosticado hipertiroidismo de base, en cuanto sea posible deberían determinarse anticuerpos antitiroideos (anti receptor de TSH y antiperoxidasa especialmente).</p>

TRATAMIENTO

Inhibir síntesis y liberación hormonal: antitiroideos (Propiltiouracilo (PTU) 500mg-1g de carga + 250mg/4h de elección) ; iodo (sal a 250mg c/ 6-8 horas o lugol 5-10 gotas c/ 6-8 horas).

Inhibir efectos periféricos: betabloqueantes (propranolol 60-120mg c/6horas oral o 0.5-1mg de carga y bolos c/15 minutos a 1-2mg IV hasta control de frecuencia) ; esteroides (hidrocortisona 300mg de carga IV y luego 100mg c/8h).

Medidas de resucitación con monitorización, volumen y agentes vasoactivos si fuera preciso.

Tabla: Criterios diagnósticos de la tormenta tiroidea. Adaptado de Burch y Wartofsky

Temperatura (°C)	Puntuación	Frecuencia cardiaca (latidos por minuto)	Puntuación
37-37.7	5	99-109	5
37.8-38.2	10	110-119	10
38.3-38.8	15	120-129	15
38.9-39.4	20	130-139	20
39.5-39.9	25	>140	25
>40	30		
Síntomas sistema nervioso central	Puntuación	Síntomas de fallo cardiaco congestivo	Puntuación
Agitación	10	Edemas miembros inferiores	5
Delirio o psicosis	20	Crepitantes bibasales	10
Convulsión, coma	30	Edema pulmonar	15
Disfunción gastro-intestino-hepática	Puntuación	Presencia de fibrilación auricular	Puntuación
Diarrea	10	Ausencia	0
Ictericia	20	Presencia	10
Agente precipitante	Puntuación	Puntuación > 45 muy sugestiva de tormenta tiroidea, entre 25 y 44 compatible y < 25 poco probable.	
Ausencia	0		
Presencia	10		

COMA MIXEDEMATOSO

DEFINICIÓN

Evolución final del hipotiroidismo no tratado, a menudo con un factor estresante coincidente.

El hipotiroidismo suele ser de causa autoinmune, más rara vez puede ser post radio-iodo, postquirúrgico, por uso crónico de fármacos tipo amiodarona o litio, o hipotiroidismo central.

CLÍNICA

Desencadenantes más comunes: exposición al frío, infecciones respiratorias o urinarias, hemorragias, cirugías, traumatismos, eventos cardiovasculares... Sobre la base del hipotiroidismo infratratado o no tratado.

Destacan síntomas neurológicos (letargia, coma, accesos psicóticos, hiporreflexia, convulsiones...) sobreañadidos a los estigmas clásicos hipotiroideos (piel seca, alopecia, mixedema periorbitario y acral, macroglosia, bradicardia, hipotermia...).

Perfil demográfico: mujer, anciana, con escasos ingresos económicos, en meses de invierno.

DIAGNÓSTICO

Es clínico y pueden usarse escalas como la de Popoveniuc (ver tabla "SCORE DIAGNÓSTICO DEL COMA MIXEDEMATOSO").

Se sospechará en todo paciente con sensorio deteriorado (Glasgow <9) con hipotermia o ausencia de fiebre a pesar de infección diagnosticada, especialmente si hay hipotiroidismo de base.

Pruebas complementarias útiles: analítica con bioquímica completa (hiponatremia muy frecuente), LDH, hemograma, gases en sangre, Rx tórax, TC cráneo. TSH, T4 y T3 libres, cortisol, ACTH (IC laboratorio en caso de sospecha)

Control hormonal con T4 y T3 libres cada 24-48 horas tras el diagnóstico. No dintel de hormona tiroidea "diagnóstico", sirve para ver respuesta a tratamiento.

TRATAMIENTO

Glucocorticoides: hidrocortisona 50-100mg IV c/ 6-8 horas

Hormona tiroidea: levotiroxina 200-400 ug/día en bolo primeras 24-48h, luego 1.6 ug/kg/día IV.

Tratar causa desencadenante.

Tabla: SCORE DIAGNÓSTICO DEL COMA MIXEDEMATOSO

Frecuencia cardíaca (latidos por minuto)	Puntuación	Temperatura (°C)	Puntuación
>60	0	> 35	0
50-59	10	32-35	10
40-49	20	<32	20
< 40	30		
Cambios ECG*	10	Síntomas intestinales	Puntuación
Derrame pleural y/o pericárdico	10	Dolor abdominal, estreñimiento, inapetencia	5
Edema pulmonar	15	Disminución peristaltismo	15
Cardiomegalia	15	Íleo paralítico	20
Hipotensión	20		
Sistema nervioso central	Puntuación	Alteraciones metabólicas	Puntuación
Alerta	0	Hiponatremia	10
Somnolencia	10	Hipoglucemia	10
Obnubilación	15	Hipoxemia	10
Estupor	20	Hipercapnia	10
Coma o convulsiones	30	Filtrado glomerular disminuido	10
Factor precipitante	Puntuación	>60 puntos es altamente sugestivo; 29-59 es sugestivo y <25 hace el diagnóstico improbable.	
Ausente	0		
Presente	10		

*Cambios del electrocardiograma (ECG) sugestivos: QT prolongado, bajo voltaje, bloqueos de rama de novo, cambios inespecíficos de ST-T, bloqueo cardíaco.

TIROIDITIS AGUDA SUPURATIVA O ABSCESO TIROIDEO

DEFINICIÓN	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
<p>Invasión bacteriana del tejido tiroideo, ya sea por extensión hematológica, una fístula cutánea o de seno piriforme.</p> <p>Más frecuente en personas inmunocomprometidas, con malformaciones tiroideas o afectos de cáncer tiroideo o tiroiditis autoinmune.</p>	<p>Dolor cervical anterior unilateral y con edematización local fluctuante. Asocian fiebre y elevación de parámetros inflamatorios.</p> <p>Puede haber antecedente de infección del tracto respiratorio superior.</p>	<p>Sospecha clínica</p> <p>Ecografía o tomografía computarizada para completar el diagnóstico (en momentos precoces la imagen puede no ser específica).</p> <p>La ecografía puede marcar punto de drenaje por aspiración del absceso y se remitirá muestra para cultivo.</p>

TRATAMIENTO

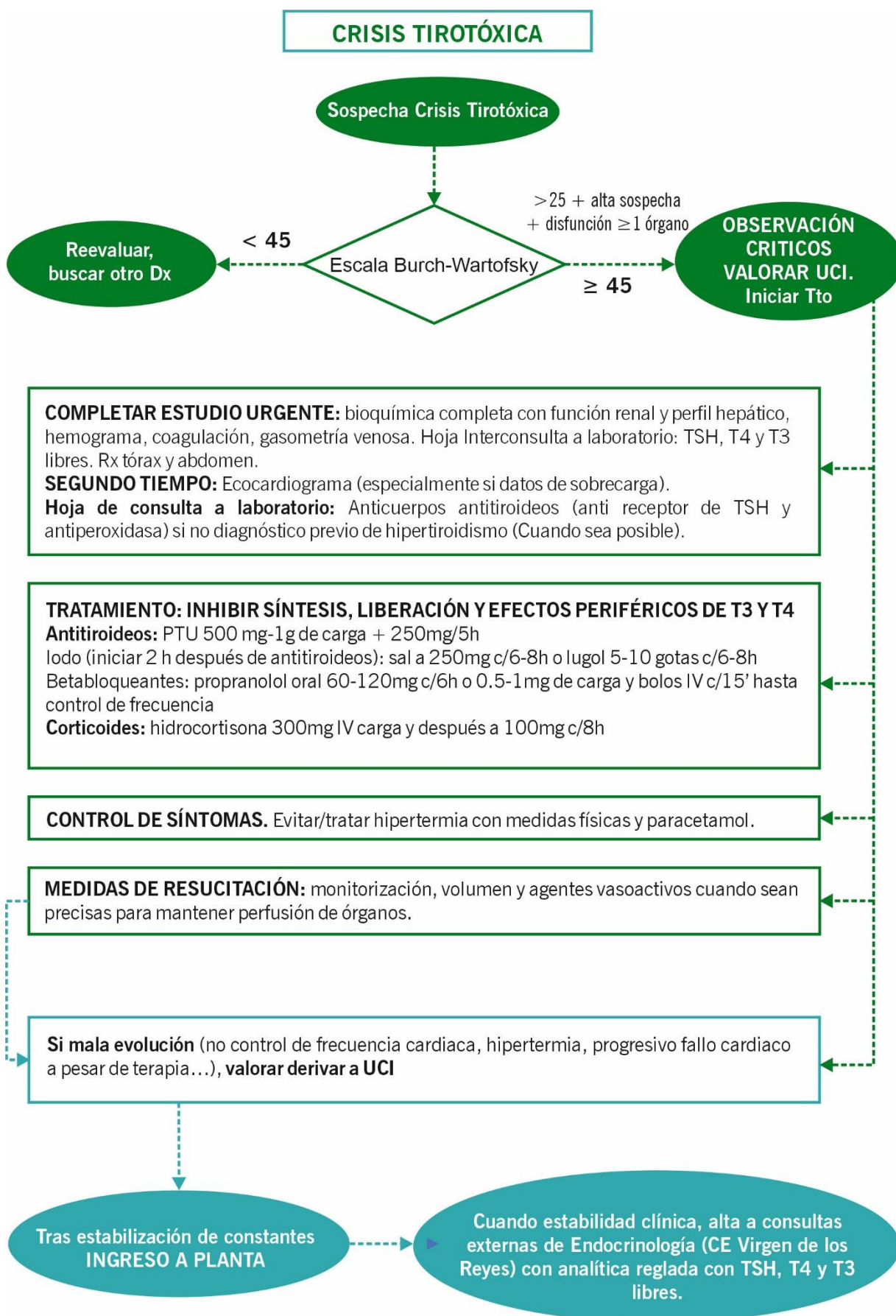
En ausencia de datos de alarma podrán ser derivados a consultas externas de Endocrinología, dejando vale analítico con niveles de TSH, T4 y T3 libres y anticuerpos antitiroideos.

De lo contrario, es clave la antibioterapia empírica hasta tener resultados del cultivo. Debe usarse una penicilina asociada a inhibidor de betalactamasas como amoxicilina-clavulánico. En caso de alergia pueden usarse clindamicina o macrólidos.

Para control sintomático: betabloqueantes y analgésicos.

Los sinus pilonidales deberán comentarse con Cirugía pues el tratamiento es quirúrgico.

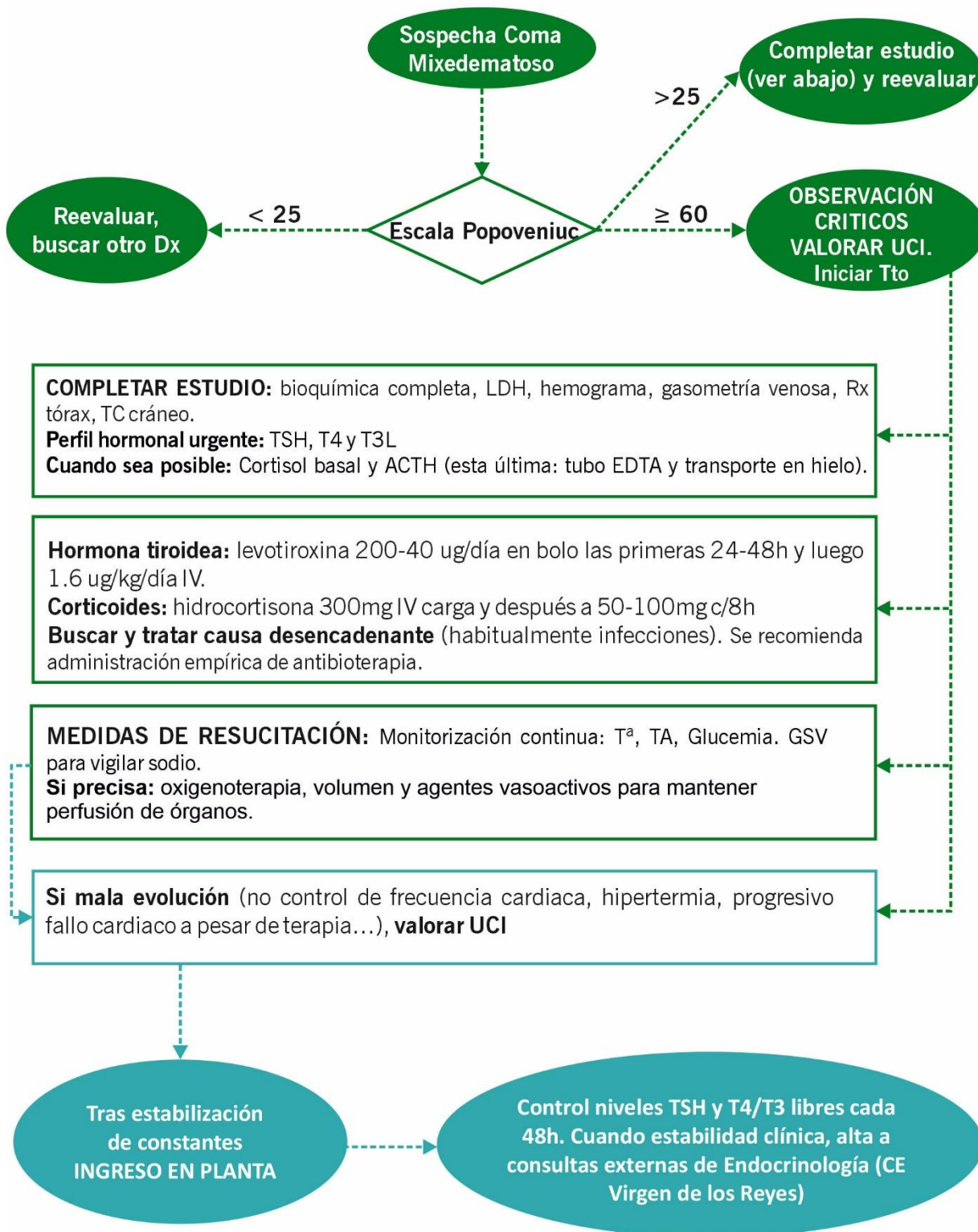
No hay lugar los antitiroideos en el control de la etapa de hipertiroidismo por tiroiditis aguda.



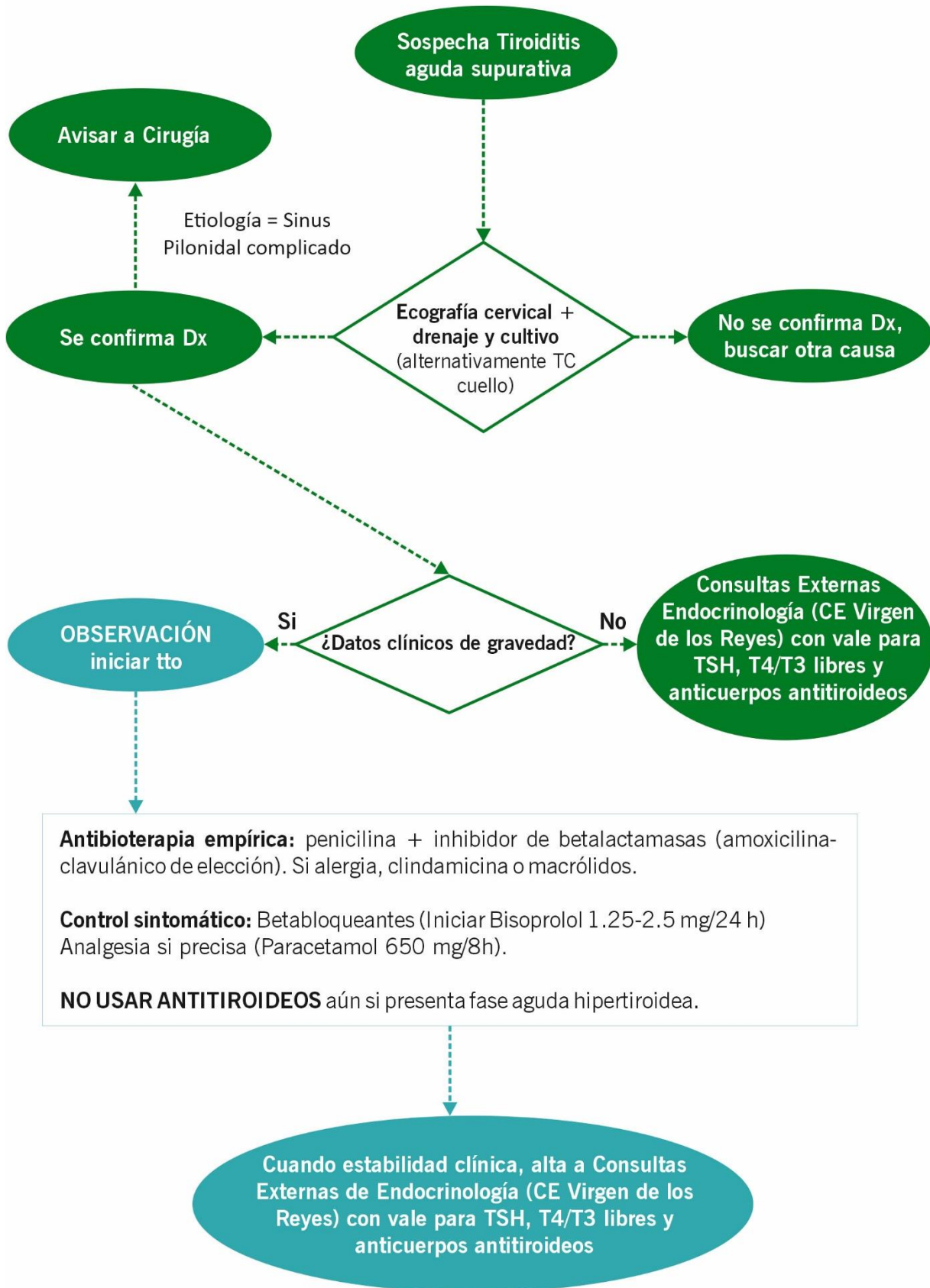
ESCALA DE BURCH Y WARTOFSKY

PARÁMETRO DIAGNÓSTICO		PUNTUACIÓN
Temperatura (°C)	36,8-37,3	5
	37,4-37,8	10
	37,9-38,4	15
	38,5-38,9	20
	39-39,5	25
	> 39,6	30
Afectación del sistema nervioso central	Agitación	10
	Delirio, letargia	20
	Coma	30
Frecuencia cardíaca (lpm)	99-109	5
	110-119	10
	120-129	15
	130-139	20
	> 140	25
Insuficiencia cardíaca	Edemas	5
	Líneas de Kerley	10
	Edema agudo de pulmón	15
	Fibrilación auricular	20
Afectación digestiva	Diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal	10
	Ictericia	20
Factores precipitantes		10

COMA MIXEDEMATOSO



TIROIDITIS AGUDA SUPURATIVA



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Maguy Chiha, MD, Shanika Samarasinghe, MD et al. Thyroid Storm: An Updated Review. Journal of Intensive Care Medicine 2015. Vol 30(3) 131-140. DOI: 10.1177/0885066613498053.
2. Douglas S. Ross, Henry B. Burch et al. American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid, volumen 26, number 10, 2016. DOI: 10.1089/thy.2016.0229.
3. Jacqueline Jonklaas, Antonio C. Bianco et al. Guidelines for the Treatment of Hypothyroidism. Thyroid, volumen 24, number 12, 2014. American Thyroid Association. DOI: 10.1089/thy.2014.0028.
4. Leonardo F.L. Rizzo, Daniela L. Mana et al. Coma Mixedematoso. Medicina (Buenos Aires) 2017; 77: 321-328. ISSN 1669-9106.
5. Acha Pérez FJ, Álvarez Ballano D et al. Manual de Endocrinología y Nutrición. Capítulo I.12 Hipertiroidismo. 25/11/2015. ISBN 978-84-606-8570-8.
6. Shlomo Melmed, Kenneth S. Polonsky et al. Williams textbook of Endocrinology, 13th edition 2016. Elsevier. ISBN 978-0-323-29738-7.