



P-113 - CRISIS TIROTÓXICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Aguiriano Casanova, Mar; Martí Aguado, Carmen; Tusa, Claudio; Ballester Martínez, Belen; Zaragoza Zayas, María; Seguí, Jesús

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Introducción: La crisis tirotóxica es una emergencia médica de riesgo vital. Supone un agravamiento extremo de un hipertiroidismo no diagnosticado o no tratado adecuadamente. Presentamos un caso clínico que refleja la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano de dicha patología.

Caso clínico: Mujer de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, fibrilación auricular (FA) paroxística y mieloma indolente, traída a urgencias por presentar los últimos días obnubilación, disnea de reposo, febrícula, vómitos y deposiciones diarreicas. En la exploración presenta dolor epigástrico. La radiografía de tórax muestra un pinzamiento del seno costofrénico derecho, el electrocardiograma una FA rápida y la analítica datos de fallo hepático. Se realiza una tomografía toraco-abdominal que descarta patología abdominal aguda y que muestra un derrame pleural derecho significativo y signos de fallo cardíaco. Se mantiene en FA con signos de insuficiencia ventricular izquierda por lo que se inicia tratamiento con amiodarona, sin mejoría. Se procede a cardioversión e ingreso en Medicina Intensiva. Ingresa con fallo multiorgánico, requiriendo vasopresores, intubación, hemodiálisis y antibioterapia empírica. Una ecocardiografía objetiva depresión grave de la fracción de eyección con acinesia completa de segmentos apicales que impresiona de síndrome de Tako-Tsubo. Tras revisar la historia clínica, consta una tomografía por emisión de positrones (PET) de 2020 con captación aumentada en ambos lóbulos tiroideos. Debido al retraso por la pandemia del SARS-CoV-2, la paciente no había sido valorada aún en consultas externas de Endocrinología. Con alta sospecha de crisis tirotóxica por alta puntuación en escala de Burch y Wartofsky, se inicia tratamiento con propiltiouracilo, yoduro sódico, hidrocortisona, esmolol, reserpina, resinolectostiramina y se solicita determinación urgente de hormonas tiroideas que confirman diagnóstico. A pesar del tratamiento, persiste con mala evolución por lo que se inicia plasmaféresis y se propone realizar tiroidectomía total. Valorada por Anestesiología y Cirugía General, se programa intervención como urgencia diferida. Horas más tarde, presenta un episodio de taquicardia ventricular monomorfa sostenida que deriva en asistolia sin respuesta a las maniobras de reanimación avanzada.

Discusión: La crisis tirotóxica es una emergencia médica poco frecuente que se presenta como un agravamiento extremo de los síntomas de un hipertiroidismo no diagnosticado o tratado inadecuadamente. Aparece en 1-2% de los casos de hipertiroidismo y su mortalidad se estima entre el 20-30%. La causa más frecuente es la enfermedad de Graves-Basedow (80%) seguida por el bocio

multinodular tóxico (10-30%). Destacan los síntomas cardiovasculares, digestivos, neurológicos y termorreguladores. La sospecha diagnóstica es primordial, ya que el inicio temprano del tratamiento determinará el pronóstico, por ello se ha propuesto la escala de Burch y Wartofsky para facilitar el diagnóstico. El tratamiento no debe esperar a la confirmación analítica y consiste en medidas de soporte y tratamiento sintomático junto con la combinación de los fármacos que inhiban la síntesis y liberación de las hormonas tiroideas, además de fármacos que prevengan la conversión periférica de T4 a T3. El tratamiento definitivo incluye cirugía o radioterapia con yodo radiactivo, pero para ello los pacientes deben recuperarse de la descompensación aguda y estar lo más cerca posible del eutiroidismo.