



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/439 - CUANDO EL HIPERTIROIDISMO SE COMPLICA

A. Díaz-Regañón González¹ y E. Romero Ibáñez²

¹Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Nord. Terrassa. Barcelona.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Nord. Terrassa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años, sin hábitos tóxicos, diabetes mellitus (DM) tipo II, hipotiroidismo, deterioro cognitivo leve y gonartrosis. Traída a atención primaria por sus familiares al encontrarse a la paciente en el suelo con disminución del nivel de conciencia con sospecha de caída y traumatismo craneoencefálico.

Exploración y pruebas complementarias: Taquicárdica a 159 latidos por minuto, normotensa, afebril, saturación 99% basal, frecuencia respiratoria 22 rpm, glicemia 404 mg/dL y cetonuria. Confusa. Glasgow Coma Score 14/15. Auscultación: crepitantes bibasales pulmonares. Electrocardiograma: taquicardia supraventricular. Orientado como cetoacidosis diabética en contexto de probable broncoaspiración. Derivación hospitalaria. Analítica: leucocitosis 19.600 (neutrófilos 84%), proteína C reactiva 133 mg/L, lactato arterial 2,8 mmol/L, CK 50 μ kat/L e ionograma y función renal normal. Dímero D 2.253 ng/ml. Gasometría arterial basal pH 7,34, PCO₂ 28 mmHg, PO₂ 85 mmHg. HCO₃ 15 mmol/L. Antigenuria neumococo, PCR COVID-19 negativos. Tomografía axial computarizada (TAC) craneal descarta sangrado. Radiografía de tórax normal. AngioTAC descarta tromboembolismo pulmonar. Se inicia suero, insulino terapia y amoxicilina/clavulánico. Se revierte taquicardia supraventricular tras maniobras vagales administrándose adenosina, verapamilo y digoxina. Posteriormente se obtuvo resultado de perfil tiroideo compatible con hipertiroidismo. Ante sospecha de crisis tirotóxica se instauró tratamiento con metimazol, hidrocortisona y atenolol. Ingresa.

Orientación diagnóstica: Tormenta tiroidea asociada a cetoacidosis diabética.

Diagnóstico diferencial: Intoxicación por depresores del sistema nervioso central, rabdomiolisis, crisis epiléptica, feocromocitoma.

Comentario final: La tormenta tiroidea es una patología poco frecuente. Se trata de una urgencia médica con alta morbimortalidad. La disfunción tiroidea desempeña un papel importante en el descontrol glucémico. La asociación con DM tipo I está clara al tratarse de dos enfermedades autoinmunes y suele aparecer en la adolescencia. En el caso de la DM tipo II se ha relacionado con el envejecimiento. La cetoacidosis diabética es igualmente una urgencia vital más frecuente acontecida en DM tipo I. La confluencia de ambas entidades multiplica el riesgo vital por lo que es todo un reto para el médico de atención primaria su sospecha en la consulta.

Bibliografía

1. Nayak B, Burman K. Thyrotoxicosis and thyroid storm. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2006;35:663-86.
2. Maletkovic J, Drexler A. Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. *Endocrinol Metab Clin N Am.* 2013;42:677-95.

Palabras clave: Crisis tirotóxica. Diabetes mellitus. Cetoacidosis diabética.