

TORMENTA TIROIDEA ENMASCARADA POR PREECLAMPSIA REPORTE DE CASO CLINICO

DRA. ANA KAREN MACHORRO MEDINA RESIDENTE DE TERCER AÑO I, DR. JOSE GABRIEL GARCIA DIAZ MEDICO GINECOLOGO Y COLPOSCOPISTA 2
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA

ANTECEDENTES

Las alteraciones tiroideas, son la segunda causa de endocrinopatías después de la diabetes durante la gestación, el hipertiroidismo se define como un estado de hipermetabolismo, la prevalencia durante la gestación es baja siendo un aproximado de 0.1% y 4% se estima una mortalidad del 20-30%, la crisis tirotóxica puede aparecer en hipertiroidismos de cualquier etiología; siendo la enfermedad de Graves-Basedow, el adenoma tóxico, el bocio multinodular tóxico, hipertiroidismo gestacional, las entidades de mayor prevalencia asociadas a esta complicación, el diagnóstico es clínico, y puede apoyarse por la escala de Burch Wartofsky⁴. La crisis tirotóxica se presenta en 0.1 a 4% de los casos durante la gestación, en aquellas pacientes sin tratamiento establecido con tirotoxicosis pueden presentarse aborto, óbito, preeclampsia e insuficiencia cardíaca congestiva, en el feto se puede observar, prematuridad, restricción del crecimiento y bajo peso al nacer, taquicardia e hipertiroidismo fetal².

OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de tormenta tiroidea asociada a preeclampsia, abordaje diagnóstico y manejo terapéutico.

MATERIAL Y METODO

Paciente GRM femenino 33 años G3 A1 C1, acude a urgencias por referir cefalea holocraneana de 8hrs de evolución, acompañada de disnea y tos de predominio nocturno desencadenada al decúbito con mejoría de sintomatología matutina, con los siguientes signos y síntomas 65 kg, talla 1.44 cm, TA 184/128 mmHg, FC 124x', FR 46X', TEMP 36.2°C, Sat 84%. Clínicamente con estertores crepitantes bilaterales predominio basal, útero gestante, durante la evaluación ecográfica embarazo de 34.6 sdg por fetometría, presentación pélvica, con producto único vivo de 133 latidos por minuto, edema de miembros pélvicos, reflejos osteotendinosos aumentados, se integra diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad; diagnóstico diferencial infección respiratoria alta vs edema agudo pulmonar se inicia tratamiento con hidralazina y neuroprotección con sulfato de magnesio, se decide la resolución de la gestación vía cesárea, presentando hipertensión de difícil control, obteniendo masculino 1990 grs, capurro 35 sdg, se observa líquido ascítico, edema de pared abdominal.

Los reportes de laboratorio evidenciaron Hb 13.3, Hto 37.7, Leuc 12.04, Pla 218, Gluc 70, Creat 0.4, Ast 28, Alt 26, Dhl 297, Albumina 2.7, Ego Proteínas 100 mg/dl, Bact +, Leucos 4-5/campo, Esterasa Leucocitaria negativo,

TSH <0.01 (referencia 0.35-4.94), T3Libre 3.51, T4 Libre 27.27, T3 Total 1.77, T4 Total 335.55, Peptido Natriuretico tipo B 801pg/ml.

Se aplicaron los criterios diagnósticos de Burch y Wartofsky para tormenta tiroidea, obteniéndose un puntaje de 30, iniciando tratamiento.(ver tabla).

RESULTADOS

La paciente desde su ingreso a urgencias se presenta con varios signos y síntomas de hipertiroidismo descompensado e inminente tormenta tiroidea, se decide interrupción de la gestación vía cesárea se inicia tratamiento a base de betabloqueador y calcioantagonista, tiamazol y tromboprolifaxis, con posterior vigilancia en unidad de cuidados intensivos durante 6 días,, 4 en medicina interna y posterior egreso por estabilidad, con última valoración en consulta externa manejo conjunto medicina interna 4 meses posteriores, con mejoría de los síntomas de hipertiroidismo

CONCLUSION

El diagnóstico oportuno con la sospecha clínica y apoyo de los criterios de Burch Wartofsky, así como el manejo multidisciplinario evaluando el binomio permite estimar el tiempo de resolución de la gestación, y la evaluación de posibles complicaciones fetales y maternas asociadas.

VARIABLE	INGRESO URGENCIAS	POSCEAREA	1ER DIA POSTQUIRURGICO	2DO DIA POSTQUIRURGICO
DISFUNCION TERMOREGULADORA	0	0	0	0
EFEECTO SNC (AGITACION)	5	0	0	0
DISFUNCION GASTROINTESTINAL Y HEPATICA	0	0	0	0
DISFUNCION CARDIACA				
TAQUICARDIA	15	15	10	5
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	10	10	10	5
FIBRILACION AURICULAR	0	0	0	0
EVENTOS PRECIPITANTES	0	0	0	0
TOTAL	30	25	20	10

TRATAMIENTO POSTQUIRURGICO	TRATAMIENTO TERAPIA INTENSIVA	TRATAMIENTO MEDICINA INTERNA	TRATAMIENTO CONSULTA EXTERNA
Nifedipino 30 mg cada 12 hrs	Nifedipino 30 mg cada 12 hrs	Nifedipino 30 mg cada 12 hrs	Nifedipino 30 MG CADA 12 HRS
Metoprolol 50 mg cada 12 hrs	Metoprolol 50 mg cada 12 hrs	Metoprolol 50 mg cada 12 hrs	Telmisartan/Hidroclorotiazida 80/12.5 MG CADA 12 HRS
Fenitoina 100 mg cada 8hrs	Propranolol 20 mg cada 6 hrs,	Propranolol 20 mg cada 6 hrs,	Propranolol 40 MG CADA 8 HRS
	Tiamazol 20 mg cada 24 hrs	Tiamazol 20 mg cada 24 hrs	Tiamazol 6 MG CADA 6 HRS
	Enoxaparina 40 mg cada 24 hrs	Enoxaparina 40 mg cada 24 hrs	
	Telmisartan 40 MG CADA 12 HRS	Telmisartan 40 MG CADA 12 HRS	

BIBLIOGRAFIA

- (1) Bi behaketa Thyrotoxic crisis (thyroid storm). Two clinical observationsKrisi tirotoxiokoa (krisi tiroideo akutua).
- (2)Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.Protocolo: tiroides y embarazoactualizacion 23/09/2017
- (4)Burch HB, et al. Life-Threatening Thyrotoxicosis: Thyroid Storm. Endocrinol Metab Clin North Am. 1993;22(2):263-277.
- (5) J. Díez, A. Gómez-Pan, P. Iglesias.Crisis tirotóxica.Rev Clin Esp, 199 (1999), pp. 294-301
- (6) Naotetsu Kanamoto7 et al, 2016 Guidelines for the management of thyroid storm from The Japan Thyroid Association and Japan Endocrine Society (First edition): The Japan Thyroid Association and Japan Endocrine. October 2016 Endocrine Journal