

HIPERTENSIÓN PULMONAR E HIPERTIROIDISMO

MERCADO, Felicitas; FERNANDEZ, Juan; TORRES, Irene; ABATE, Cintia; SAUS, Agustin; CERIONI, Valeria; GALINDEZ, Macarena; VELEZ, Hernan
Hospital de Endocrinología y Metabolismo Dr. Arturo Oñativia

INTRODUCCION: El hipertiroidismo puede presentarse con signos y síntomas de disfunción en una gran variedad de órganos siendo la afección cardiovascular común. Pocos reportes describen Insuficiencia Cardíaca (IC) derecha aislada, insuficiencia tricuspídea (IT) e Hipertensión Pulmonar (HTP) como manifestación cardiológica principal. La HTP en el hipertiroidismo es secundaria al aumento del gasto cardíaco como así también por efecto directo de las hormonas tiroideas. Estas anormalidades cardíacas se caracterizan por ser reversibles con eutiroidismo. A continuación presentamos dos casos.

CASO I: Femenino 49 años. Refiere palpitaciones, sudoración, pérdida de peso, temblor y diarrea. EF: FC: 30 (en tratamiento con carvedilol) TA: 100/40. R1-R2 hipofonéticos, soplo pansistólico, IY derecha 3/3 sin colapso inspiratorio, Reflujo hepatoyugular (+). Cuello: Bocio difuso grado I. Laboratorio: TSH 0,005, T4 > 24, T3 651, ATPO > 600. Ecografía tiroidea: Glándula Heterogénea, bocio difuso. Se inicia danantizol, meprednisona a altas dosis y lugol. Ecocardiograma: FE 56 %, Disfunción diastólica leve, trastornos regionales de contractilidad, movimiento septal paradójal, dimensiones y función sistólica del VD alteradas, AI 30 cm², IT moderada, PSAP de 45 mm Hg, HTP moderada. ECG: RS. FC 100. Se realiza Tiroidectomía Total. Anatomía Patológica: Bocio Difuso con áreas seudonodulares oxifilas. Evoluciona con hipoparatiroidismo postquirúrgico. Al alta se inicia tratamiento con levotiroxina, calcio y calcitriol con mala adherencia al mismo. Nueva internación por tetania. Laboratorio: TSH 14 , T4 libre 0,57 , Ca 5,6 , P 6, Alb 4,67. Ecocardiograma: motilidad parietal y función sistólica conservada, movimiento septal paradójal ausente, dimensiones y función sistólica del VD normales, AI 20 cm², PSAP 29. Resto sin cambios.

CASO II: Femenino de 46 años consulta por guardia con fiebre, sudoración, desorientación témporo-espacial, vómitos y diarrea. Examen físico: FC 80, TA 70/20mmHg, hemogluco test 25mg/dl. Paciente apática, sudorosa, frialdad en extremidades, pulso débil, mixedema pretibial, hipoventilación pulmonar bilateral. Cuello: bocio difuso grado II. Antecedentes de Hipertiroidismo de 6 meses de diagnóstico con abandono de medicación y sin controles. Laboratorio de ingreso: alcalosis respiratoria, leucocitos 32600 con neutrofilia, glucemia 20mg/dl, Hiperbilirrubinemia 3.41 (BD 3.28) , GOT 86, GPT 41, Fosfatasa Alcalina 366, VSG 45, TSH <0.005, T4 13.4, T3 409, ATPO > 660, Radiografía de Tórax: derrame pleural bilateral que requirió drenaje , con cultivo negativo. Ecografía tiroidea: tiroides heterogénea, hipervascularización difusa. Ecografía abdominal: Ascitis leve a moderada. Ecocardiograma: Dilatación de AI, Función ventricular conservada, IT leve, HTP moderada 58mmHg. Tratamiento: Meropenem-Vancomicina por 10 días por Neumonía, Danantizol, Propranolol 80mg día e Hidrocortisona dosis de estrés. Luego de suspender el MMI se realizó Captación y Centellograma y se administró Dosis Terapéutica de Iodo 131 (19mCi). A los 8 meses de la dosis persiste hipertiroidea y se programa 2° DT I131 8 mCi. A los tres meses desarrolla cuadro de hipotiroidismo. Nuevo ecocardiograma: Signos indirectos de alteración de la relajación del VI, AI leve dilatación, IM e IT leve y PSAP de 30 mmHg. Actualmente bajo tratamiento con Levotiroxina, compensada.

CONCLUSIÓN: En el contexto de hipertiroidismo la HTP y la IC derecha puede ser infra diagnosticada. Los síntomas suelen ser confundidos como parte del síndrome hipertiroideo exclusivamente debido a que los mismos se resuelven al alcanzar un estado eutiroidico. Se sugiere el estudio de la función tiroidea en el abordaje inicial de HTP.