

FRECUENCIA Y CARACTERISTICAS DE LA TIROIDITIS SUBAGUDA

DRES. GERMAN CISNEROS Y DIANA ANDRADE
Hospital de las FF. AA., Quito.

Tiroiditis es un grupo diverso de condiciones inflamatorias que producen distintas anomalías histológicas en la glándula tiroides. Existen cinco categorías: aguda, subaguda, crónica, fibrosa e indolora.

La **tiroiditis subaguda** suele ir precedida de una infección del tracto respiratorio alto, se asocia con síntomas prodrómicos de mialgias, malestar general, y casi invariablemente va a la recuperación completa; característicamente los pacientes se quejan de dolor en la cara anterior del cuello, sobre la glándula tiroides, dolor que puede irradiarse al oído; aunque inicialmente suele estar afectado un solo lóbulo, con el tiempo generalmente se verá comprometido el otro; la glándula está típicamente aumentada de tamaño, dos a tres veces lo normal, generalmente agrandada asimétricamente, resistente y firme. Durante las primeras semanas de la enfermedad los pacientes tienen

signos y síntomas típicos de hipertiroidismo con pérdida de peso, ansiedad, temor, intolerancia al calor, taquicardia y sudoración.

El hipertiroidismo resulta de la destrucción del parénquima tiroideo, con liberación de la hormona almacenada, y elevación de las concentraciones séricas de T3 y T4. La fase hipertiroidea termina en dos a seis semanas, y es seguida de un retorno al estado eutiroideo cuando las reservas de hormona tiroidea se depletan; el curso completo de la tiroiditis subaguda generalmente termina en dos a seis meses.

Durante la fase hipertiroidea la prueba diagnóstica de elección es la captación del yodo radioactivo, que es extraordinariamente baja, diferenciándose así de la enfermedad de Graves en la que se encuentra elevada. Los resultados bajos de captación se deben a la destrucción inflamatoria de la arquitectura folicular. Existe un aumen-

to de la velocidad de sedimentación globular y un conteo leucocitario normal. Se ha encontrado una relación T3 ng / T4 ug mayor de 20 en 87% de hipertiroidismo por enfermedad de Graves, y menor de 20 en 96% de hipertiroidismo secundarios a tiroiditis; pero otros estudios no reportan porcentajes significativos.

El dolor puede ser controlado con ácido acetilsalicílico, útil tanto por sus propiedades analgésicas como antiinflamatorias, en casos más severos puede estar indicada la terapia con corticosteroides, usando generalmente dosis de 40 a 60 mg de prednisona.

MATERIALES Y METODOS:

Para el presente trabajo se seleccionaron las historias clínicas con diagnóstico de tiroiditis subagudas, de los pacientes que se atienden en el Servicio de Endocrinología del Hospital de las Fuerzas Armadas Nº 1 de Quito, y corresponden a un período de 36 meses a partir del 15 de junio de 1981 hasta el 15 de junio de 1984.

De dichas historias clínicas se obtuvieron las informaciones sobre: el cuadro clínico, los hallazgos de laboratorio, así como la evolución de la enfermedad y la terapéutica instaurada con el resultado obtenido.

RESULTADOS:

Se encontró que en el período estudiado de 36 meses, había un total de 1.659 historias clínicas de pacientes con afecciones endocrinas. De éstos, 665

(40,0%) presentan diabetes mellitus, 347 (20,9%) afecciones tiroideas, 245 (14,7%) obesidad, 107 (6,4%) retardo de crecimiento y 295 (17,7%) otras afecciones endócrinas. De éstos, 665 por patología tiroidea: 181 (52,1%) se clasifican como bocio, 61 (17,5%) hipotiroidismo, 38 (10,9%) hipertiroidismo, 19 (5,4%) tiroiditis, 12 (3,4%) Ca de tiroides y 36 (10,3%) función tiroidea normal.

De los 19 casos de tiroiditis, 13 corresponden a subaguda y tres a crónica. Trece mujeres y tres varones presentaron tiroiditis subaguda, la máxima incidencia de la enfermedad se observa en la cuarta década de la vida, con una edad promedio de 34 años (mínima 15 y máxima 63). El mes de mayor frecuencia de casos es noviembre (5/16). El antecedente de un cuadro infeccioso respiratorio alto se halla registrado en dos casos. Desde la aparición de los síntomas hasta que el paciente fue atendido en la consulta transcurrió en promedio 16 días (mínimo 4 y máximo 60).

El síntoma principal fue el dolor en la cara anterior del cuello (15/16), los síntomas de hipertiroidismo como nerviosismo, sudoración, palpitaciones, disminución de peso, ocupan el segundo lugar (10/16), luego se encuentran síntomas generales como malestar, escalofrío, cefalea y mialgias (8/16), y finalmente síntomas locales de odinofagia y dolor irradiado al oído (5/16). El signo común fue el dolor de la palpación de la glándula tiroides (16/16), detectándose un aumento del tamaño de la glándula en 14 casos, definidos como

bocio siete, y como nódulos siete. Es interesante señalar que el lóbulo derecho se encontró agrandado, doloroso o nodular en 13 de 16 casos. El bocio se clasifica como grado I en seis casos y como grado II en un caso. Se encuentra taquicardia con un promedio de 98 latidos por minuto (mínimo 76 y máximo 120).

La base del diagnóstico fue la captación del yodo radioactivo con un promedio a las dos horas de 2.7% y a las 24 horas de 3.01%. Los valores de hormonas tiroideas medidos por RIA se encuentran en el nivel normal-alto:

T3: mínimo: 85-promedio: 206- máximo: 375 ng/dl. (Rango: 90-210), T4: mínimo: 4.5-promedio: 11.3- máximo: 18,5 ug/dl. (Rango: 5-12), TSH: mínimo: -1 -promedio: 1,4- máximo: 5 uTU/ml. (Rango: 0-5), Relación T3 / T4 menor a 20 en 50% de casos. La velocidad de sedimentación globular se encontró elevada, en promedio 31 mm h, mínimo 16 y máximo 40; el conteo leucocitario resultó normal, en promedio 9.340/mm³, -mínimo 6.000 y máximo 12.000.

El tratamiento se realizó en 10 pacientes con una combinación de prednisolona y ácido acetilsalicílico, en cuatro pacientes sólo con corticoide y en dos pacientes sólo con ácido. La dosis inicial diaria promedio fue de 30 mg de prednisolona y 3 gramos de ácido acetilsalicílico. La mejoría clínica se hizo evidente a los 14 días en promedio total, a los 13 con la terapia combinada (mínimo 7 y máximo 21), a los 19 días con el corticoide (mínimo 14 y máximo 28), y a los 10 días con el ácido ace-

tilsalicílico (7 y 14 días). La terapia se mantuvo en promedio por 7 semanas, 6 con la terapia combinada, 8 con el corticoide y 6 con el ácido acetilsalicílico.

Se observaron recidivas en cuatro casos, que correspondieron dos a pacientes con terapia combinada, uno con corticoide y uno con ácido acetilsalicílico; para tratarla se utilizó el esquema combinado en los cuatro casos, en un paciente se observó una segunda recidiva, que fue manejada con el esquema combinado. Las recidivas se observaron al disminuir la dosis de los corticoides a niveles fisiológicos.

Conclusiones:

Como en todas las afecciones tiroideas, la frecuencia de tiroiditis es mayor en mujeres. Aparece con mayor frecuencia en la cuarta década de la vida. El paciente acude por el dolor en la cara anterior del cuello y con síntomas de hipertiroidismo, observándose una elevación de los niveles de hormonas tiroideas circulantes hasta valores normales-altos.

El diagnóstico se basa en la baja captación del yodo radioactivo. La relación T3/T4 no tiene utilidad diagnóstica. La terapia con corticosteroides y ácido acetilsalicílico logra una mejoría clínica evidente, aunque, se observan recidivas temporales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 **Amino N, et al:** Serum ratio of T3 to T4 in Graves' disease and destruction-induced thyrotoxicosis. *J. Clin Endocrinol Metabol* 1981. 53: 113-116.
- 2 **Burrow GN:** The Thyroid. *Endocrinology and Metabolism* McGraw-Hill. New York. 1981. 351-384.
- 3 **Camargo C.:** Endocrine disorders. In: *Current Medical Diagnosis & Treatment* 1982 Krupp. Lange 688-689.
- 4 **Larsen PR, et al:** Relationships between circulating and intracellular thyroid hormones: Physiological and clinical implications. *Endocrine Rev.* 1981;2: 87-102.
- 5 **Levine S.:** Current concepts of Thyroiditis. *Arch Intern Med.* 1983; 143: 1952-1956.