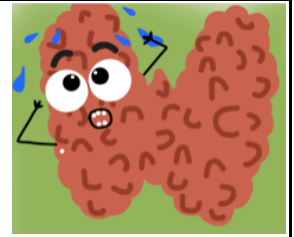




RUN THE LIST

Hipertiroidismo

Dra. [Emily Gutowski](#) (anfitriona), Dra. [Rachel Blair](#) (endocrinóloga invitada)
Katie Kester (guión) Compilado por [Moses Murdock](#)
Traducido por [Daniel Motta-Calderon](#)



1. Definiciones:

- Tirotoxicosis: exceso de hormona tiroidea de cualquier origen
- Hipertiroidismo: exceso de hormona tiroidea producida por tejido tiroideo
- Tormenta tiroidea/Crisis tirotóxica: forma severa de hipertiroidismo. Usualmente desencadenado por cirugía, trauma, infección, embarazo, medicamentos. Diagnóstico clínico: taquicardia, hipertermia, alteración del estado de conciencia, síntomas gastrointestinales. [Escala de Wartofsky](#).

2. **Presentación Clínica:** Organismo en estado metabólico exaltado: ansiedad, aumento en número de deposiciones, diarrea, palpitations, hipertermia, sudoración, pérdida no intencional de peso, labilidad emocional, insomnio, periodos menstruales irregulares.

3. Diagnóstico Diferencial de Tirotoxicosis

- Hipertiroidismo Primario: Enfermedad de Grave's, nódulo(s) tiroideo autónomo, tiroiditis (puede ser dolorosa, aumento temporal de T3/T4 por la liberación de hormona pre-formada)
- Hipertiroidismo Secundario: muy raro, por sobreproducción de TSH en la hipófisis
- Ingestión de hormona tiroidea (levotiroxina)
- Carga de yodo: iatrogénica; amiodorona (aunque más frecuentemente causa *hipotiroidismo*)
- *Clave Clínica*: la suplementación con biotina puede conllevar a niveles falsamente elevados de TSH y T4 baja imitando hipertiroidismo. Suspena la biotina por 48 horas y re-verifique los exámenes de laboratorio.

4. Exámen Físico:

- Exámen de la tiroides:
 - A veces se puede apreciar una tiroides aumentada de tamaño al observar tragar saliva.
 - Palpación: evalúe el tamaño, la presencia/ausencia de nódulos, dolor a la palpación.
- Cara: proptosis, retracción de párpados (en enfermedad de Graves)
- Cardiovascular: taquicardia
- Extremidades: temblor fino, debilidad muscular proximal, hiperreflexia
- Piel: caliente, húmeda

5. Evaluación:

- Pruebas iniciales:
 - TSH: se espera que este baja en hipertiroidismo primario
 - T4 libre: se espera que esté alta. *Puede estar normal en algunos pacientes.*
 - T3 total: se espera que esté alta. (nota: la T3 libre no es una prueba de laboratorio muy fiable)
- Si sospecha Enfermedad de Grave's (la mayoría de pacientes; especialmente si la tiroides es grande y no dolorosa)
 - Siguiendo paso: Anticuerpo Receptor tiroides (e.g. inmunoglobulinas estimulantes del tiroides (TSI) o anticuerpo antireceptor de hormona tiroidea (TBII)
 - Prueba de absorción de yodo radioactivo: estaría elevada en Graves', pero **no** es la primera prueba de elección.
- Otras pruebas dependiendo de la sospecha clínica:
 - Dolor a la palpación sospechoso de tiroiditis: VSG & prueba de absorción de yodo radioactivo (se espera que esté disminuído)
 - Nódulo: gammagrafía de absorción de yodo radioactivo - se puede visualizar un nódulo caliente.
 - Sospecha de ingesta exógena: tiroglobulina (estaría baja; el tejido endógeno está suprimido)

6. Manejo:

- Independiente de la etiología, los betabloqueadores pueden ayudar (propranolol 60-80mg liberación prolongada, atenolol 25-50mg)

- Para Enfermedad de Graves:
 - Medicamentos Anti-tiroideos: metimazol (Primera línea) > Propiltiouracilo (PTU) (Primer trimestre del embarazo). ~30-50% de los pacientes remiten después de ~1-1.5 años de terapia.
 - Ablación con yodo radioactivo: lleva a hipotiroidismo, generalmente requiere suplementación con hormona tiroidea. Contraindicada en el embarazo y mujeres que estén lactando.
 - En casos severos: tiroidectomía.
- Tormenta tiroidea/Crisis tirotóxica: emergencia endocrina, consulte a endocrinología, ¡usualmente requiere admisión a la UCI!
- Recursos adicionales: Sección del [NEJM Resident 360](#) en trastornos tiroideos.