

Vómito tirotóxico: Presentación infrecuente del hipertiroidismo. Reporte de caso.

Thyrotoxic vomiting: Uncommon symptom of hyperthyroidism. A case report.

PINTO VALDIVIA Miguel ¹, VILLENA CHAVEZ Jaime ¹, CORIGLIANO CARRILLO Sandro ¹, PINTO VALDIVIA José Luis ².

SUMMARY

We report a 59-year-old woman with a 3-week history of weight loss, epigastric pain, nausea and severe vomiting that came to the emergency room. Physical examination showed a painful abdomen on palpation, fine tremor of her hands and reflexes were brisk. The patient underwent an extensive work-up, including an abdominal ultrasound and endoscopy, all of which were normal. After admission, thyroid hormones showed elevated levels of free thyroxine and triiodothyronine while thyrotropin was suppressed. The radionuclide imaging showed a diffuse hyper functioning thyroid gland. Therapy was begun with methimazole and propranolol which decrease her clinical symptoms. The patient was discharged from the hospital without any complaint (*Rev Med Hered 2006;17:55-57*).

KEYWORDS: Hyperthyroidism, thyroid, vomiting.

RESUMEN

Se reporta el caso de una mujer de 59 años de edad, que acude a emergencia con una historia de 3 semanas de baja de peso, dolor epigástrico, y vómitos severos. El examen físico reveló un abdomen doloroso a la palpación, tremor fino de las manos e hiperreflexia. Se realizaron varios estudios, incluidos ecografía abdominal y endoscopia digestiva alta, que fueron normales. Después de la admisión al servicio de hospitalización, los análisis de hormonas tiroideas mostraron niveles elevados de tiroxina y triiodotironina, y tirotropina suprimida. La gammagrafía de tiroides mostró una glándula con hiperfunción difusa. Se inició tratamiento con Metimazol y Propanolol, presentando mejoría clínica. La paciente fue dada de alta sin molestias (*Rev Med Hered 2006;17:55-57*).

PALABRAS CLAVE: Hipertiroidismo, tiroides, vómitos.

¹ Servicio de Endocrinología, Hospital Nacional Cayetano Heredia

² Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Cayetano Heredia

INTRODUCCIÓN

El hipertiroidismo es el resultado de la sobreproducción de hormonas tiroideas por la glándula tiroidea, siendo la enfermedad de Graves, la causa más común. Las manifestaciones clínicas dependen de la severidad de la enfermedad, la edad del paciente, la presencia o ausencia de manifestaciones extra-tiroideas y del desorden específico que esta produciendo la tirotoxicosis (1). Los síntomas gastrointestinales clásicos de la tirotoxicosis son el tránsito intestinal rápido, las deposiciones blandas y frecuentes y la pérdida de peso debido a mal absorción intestinal y a mayor requerimiento calórico (2). Anorexia, náuseas y vómitos son infrecuentes, y se pueden presentar en casos severos de la enfermedad (1).

La presencia de vómitos en la tirotoxicosis no es infrecuente. El 25-29% de los pacientes con hipertiroidismo, presentan náuseas o vómitos. Sin embargo, los vómitos como signo principal de presentación de tirotoxicosis, son poco comunes (3). Nosotros reportamos el caso de una mujer cuyos síntomas iniciales de hipertiroidismo fueron vómitos severos y dolor abdominal.

Caso Clínico

Mujer de 59 años de edad, sin antecedentes personales patológicos ni familiares de importancia, que acudió a emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, con un tiempo de enfermedad de 3 semanas caracterizado por pérdida de peso (aproximadamente 10 Kg.), dolor epigástrico y vómitos severos. El examen físico reveló una presión arterial de 100/60 mmHg, una frecuencia cardiaca de 106 latidos/minuto y una temperatura corporal de 37,2° C. No se hallaron alteraciones significativas a nivel de ojos, piel o uñas. No se encontró bocio. El abdomen era doloroso a la palpación, las manos tenían un tremor fino y había hiperreflexia. Inicialmente, la paciente fue tratada con ranitidina y dimenhidrinato, sin embargo, los vómitos persistieron. Se realizó ecografía abdominal y endoscopia digestiva alta, que fueron normales. Además, los niveles de glucosa, creatinina, amilasa, aminotransferasas y electrolitos estaban dentro de límites normales. En la evaluación en el servicio de hospitalización, se halló tirotropina (TSH) de 0,002 mIU/dL (rango normal, 0,3 a 5,0), tiroxina libre de 4,75 ng/dL (0,8 a 2,0), triiodotironina de 516 ng/dL (86 a 190) y la gammagrafía de tiroidea mostró una glándula con hiperfunción difusa. Con estos resultados, se inició tratamiento con metimazol 40 mg al día y propranolol 40 mg tres veces al día, con lo cual, los síntomas cedieron rápidamente. Diez días después, la paciente

fue dada de alta sin molestias.

DISCUSIÓN

La prevalencia de los síntomas iniciales al momento del diagnóstico del hipertiroidismo ha recibido poca atención. Los vómitos, náuseas y dolor abdominal no han sido incluidos como síntomas de presentación para el hipertiroidismo en los libros de medicina o endocrinología (4). Aunque existen de manera definitiva manifestaciones gastrointestinales en la tirotoxicosis, los movimientos intestinales son más frecuentes (hipermotilidad intestinal), la miopatía tirotóxica puede afectar la función de los músculos faríngeos y del esófago superior produciendo disfagia, la actividad mioeléctrica del estómago muestra alteraciones en su ritmo que se pueden manifestar como estasis gástrica y la actividad eléctrica del intestino delgado y grueso esta acelerada produciendo un tránsito intestinal aproximadamente 40% menor que lo normal; estas son inespecíficas y su ayuda es limitada en el diagnóstico inicial (2).

El hipertiroidismo tiene una variedad de presentaciones, sin embargo, los vómitos como síntoma principal de presentación, son infrecuentes (3). Rosenthal y col (5) reportaron siete casos con vómitos severos como síntoma importante en la presentación de hipertiroidismo. Un total de 31 casos han sido reportados en la literatura anglosajona, existiendo predominancia del sexo femenino y la edad media de estas pacientes fue 46 ± 14 años. La pérdida de peso estuvo presente en 19 casos (61,3%), disminución del apetito en 16 casos (51,6%), náuseas en 11 casos (35,5%) y dolor abdominal en 7 casos (22,6%) (3). Harper (4) encontró que entre 25 pacientes con diagnóstico de hipertiroidismo antes o inmediatamente después de la admisión, 44% presentaron vómitos, 28% náuseas y 20% dolor abdominal. Una o más de estas molestias fueron incluidas como la molestia principal en el 36% de los casos.

El mecanismo por el cual el hipertiroidismo produce vómitos, no está bien entendido, pero no es probable que tenga un origen gastrointestinal (3). Además, la extensión y severidad de las manifestaciones clínicas del hipertiroidismo no está relacionado con los niveles de hormonas tiroideas (6). Parkin y col (7) postularon que la hipomagnesemia era responsable de la aperistalsis en el paciente hipertiroides con vómitos severos, debido a disminución en la motilidad intestinal por acción directa sobre la inervación autonómica de la musculatura lisa del tracto gastrointestinal superior. Sin embargo, el metabolismo del agua y las concentraciones séricas de electrolitos usualmente son normales en los pacientes

con tirotoxicosis (8). No existe evidencia de hipermetabolismo del sistema nervioso central relacionado a la presencia de vómitos severos.

Los cambios en la conducta asociados a tirotoxicosis son múltiples y variados. Los pacientes presentan ansiedad, labilidad emocional, insomnio, dificultad para concentrarse, la actividad motora esta aumentada y se presentan disturbios en el sueño. En contraste con este cuadro, los pacientes ancianos pueden presentar un cuadro similar a la depresión caracterizado por apatía, letargia, pérdida de peso y melancolía. Este cuadro se conoce como "hipertiroidismo apatético", y también ha sido descrito en adultos jóvenes y raramente en adolescentes (9). Como en otras condiciones endocrinas (hiperparatiroidismo, crisis adisoniana, cetoacidosis diabética) y embarazo, los vómitos severos serían inducidos por la estimulación de la zona quimiorreceptora a nivel central (5).

El término de "hipertiroidismo subclínico" se refiere al cuadro bioquímico caracterizado por TSH suprimida y concentraciones normales de tiroxina y triiodotironina, que generalmente se asocia a otras causas de hipertiroidismo (Enfermedad de Graves, tiroiditis, administración exógena de hormona tiroidea, adenomas autónomos) y cuyas características clínicas están asociadas al sistema cardiovascular (taquicardia, mayor riesgo de fibrilación auricular) y músculo-esqueléticas (disminución de la densidad mineral ósea); sin afectar de manera obvia el tracto gastrointestinal (10).

Como en casos previos reportados (11-13), el tratamiento con beta bloqueadores y drogas antitiroideas resuelve rápidamente las molestias.

El vómito como síntoma principal en la presentación del hipertiroidismo es infrecuente y no siempre esta asociado a casos severos. El hipertiroidismo debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de vómitos severos sin causa aparente.

Correspondencia:

Miguel Pinto Valdivia
 Servicio de Endocrinología. Hospital Nacional Cayetano Heredia
 Av. Honorio Delgado s/n. Lima 31. Perú

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Larsen PR, Davies TF, Hay ID. The thyroid gland. In: Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, Larsen PR, editors. *Williams Textbook of Endocrinology*. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1998: 389-515.
2. Sellin JH, Vassilopoulou-Sellin R. The gastrointestinal tract and liver in thyrotoxicosis. In: Braverman LE, Utiger RD, editors. *Werner and Ingbar's The Thyroid: A fundamental and clinical text*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000: 622-26.
3. Chen P, Chen HF, Tan SW, Su MC, Ng KW, Jiang CF. Severely sustained vomiting as the main symptom in man with thyrotoxicosis. *J Chin Med Assoc* 2003; 66: 311-14.
4. Harper MB. Vomiting, nausea, and abdominal pain: unrecognized symptoms of thyrotoxicosis. *J Fam Pract* 1989; 29: 382-6.
5. Rosenthal FD, Jones C, Lewis SI. Thyrotoxic vomiting. *BMJ* 1976; 2: 209-11.
6. Braverman LE, Utiger RD. Introduction to thyrotoxicosis. In: Braverman LE, Utiger RD, editors. *Werner and Ingbar's The Thyroid: A fundamental and clinical text*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000: 515-17.
7. Parkin AJ, Nisbet AP, Bishop N. Vomiting due to gastric stasis as the presenting feature in thyrotoxicosis. *Postgrad Med J* 1981; 57: 405.
8. Kaptein EM. The kidneys and electrolyte metabolism in thyrotoxicosis. In: Braverman LE, Utiger RD, editors. *Werner and Ingbar's The Thyroid: A fundamental and clinical text*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000: 582-588.
9. Whybrow PC, Bauer M. Behavioral and psychiatric aspects of thyrotoxicosis. In: Braverman LE, Utiger RD, editors. *Werner and Ingbar's The Thyroid: A fundamental and clinical text*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000: 644-650.
10. Marqusee E, Haden ST, Utiger RD. Subclinical thyrotoxicosis. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1998; 27: 37-49.
11. Muller-Michaels J, Burk G, Andler W. Vomiting as main symptom: unusual presentation of a hyperthyroidism in a 12-year-old boy. *Klin Padiatr* 1997; 209: 141-3.
12. Arthus M, Green R, Sirju C. Thyrotoxic vomiting. A case report. *West Indian Med J* 1997; 46: 63-4.
13. Wang KW, Mui KS. Thyrotoxic hyperemesis: a case report. *Singapore Med J* 1989; 30: 493-4.

Recibido: 19/07/05
 Aceptado para publicación: 09/02/06