

ATENEO

Patología tiroidea $\text{INF } \alpha$

Dra Patricia Furtenbach

Dr Pablo Orellano

Dra Rosa Finozzi

- **Hombre, 54 años** , Florida , trabajador municipal
- **MC:** Enviado de policlínica de gastroenterología por **tirotoxicosis**, 1ra consulta: **10/5/2011**
- **EA:** Control en gastroenterología : **VHC**
tratamiento: INF alfa + Ribavirina
suspendido 2 semanas atrás

↓ peso de 20kg
palpitaciones
sudoración
astenia
disnea
temblores

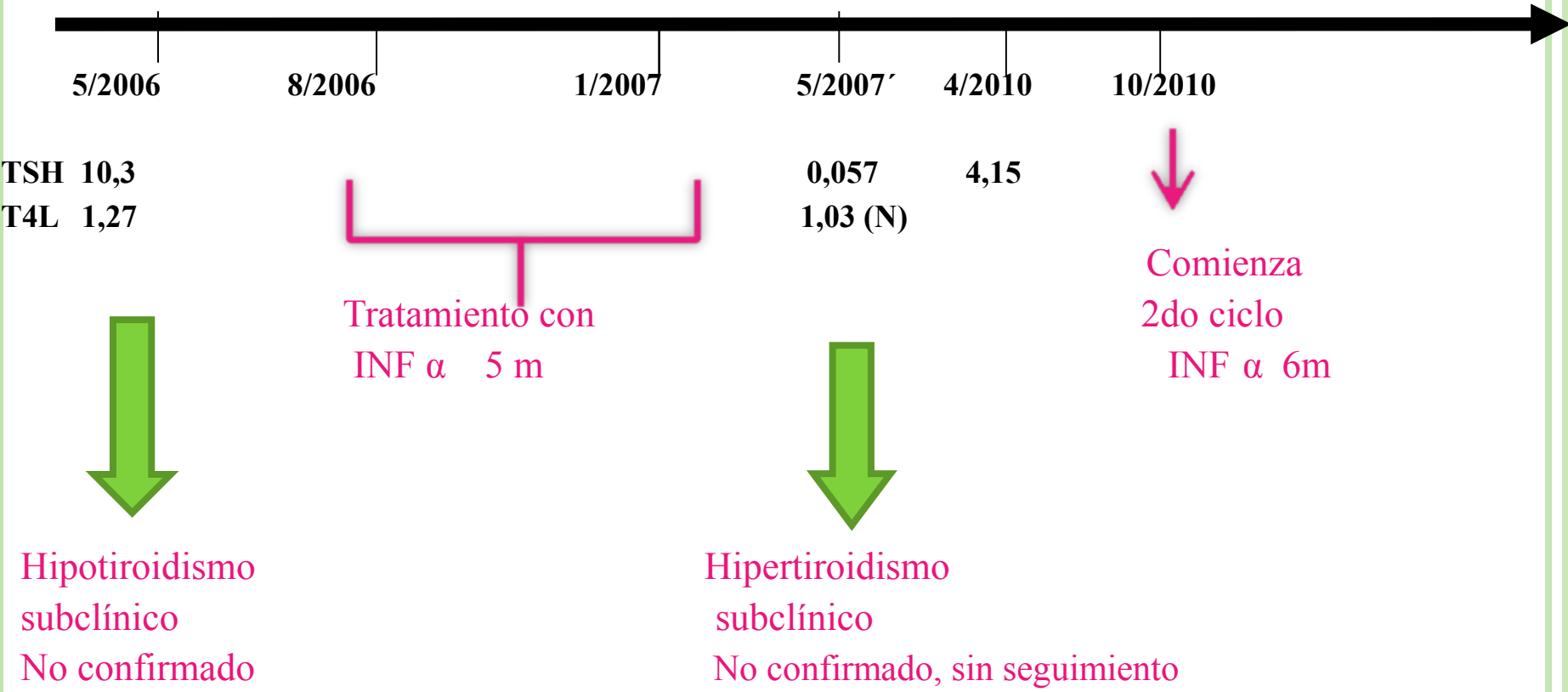
} 5 meses atrás



- Niega : tumoración en cuello
 - dolor en cuello
 - elementos loco regionales
 - signos fluxivos
 - elementos de orbitopatía distiroidea



○ AEA:



○ AEA:

En tratamiento con INF alfa pegilado :2do ciclo
por VHC: 1 vez/sem :180 ug s/c +Ribavirina 1200 mg/d v/o
última dosis 25/abril
suspendido por: síntomas de tirotoxicosis
VHC negativo (PCR)



○ AP:

Aneurisma cerebral (operado en 1990: recibió transfusión)

Hepatitis C: diagnóstico: 2006 (post transfusional)

○ AF:

Hipotiroidismo 1^{ro}: hermana



- **Ex físico:** IMC : 24

Lúcido , eupneico, apirético. No verborrágico

Piel: Caliente, manos sudorosas

Cuello: No elementos fluxivos . No dolor a la palpacion
No se ve ni se palpa tiroides.

CV: RR de 80 cpm, no soplos. PA: 100/50 mmHg

PNM: Temblor fino distal.

OFT: Sin elementos de oftalmopatía infiltrativa



- Planteo clínico: Tirotoxicosis :

- **Perfil tiroideo:** 12/4/11: TSH:0,016[↑]
T4L: 1,66 (0,70.1,40)

25/4/11: TSH: 0,012[↑]
T4L: 1,83



- Paraclínica: 12/4/11 En tratamiento con INF alfa

Fy E hepático:

FA: 36 U/L (40 - 150)

TGP: **69** (0 - 55)

TGO: **67** (5 - 34)

GGT: 47 (12- 64)

HbA1C: 5, 3%

Hemograma:

Leucocitos: **2,8** mil/mm³ (4,5-11)

Neutrófilos **1,4** (2,0 – 7,0)

Eritrocitos 4,01 mill (4,50- 5,90)

Hb: 11,9 g/dl (13,5-17,5)

VCM: 90,1 (80 -100)

HCM: 29 (26- 34)

Plaquetas: 146 mil/ (150- 350)



GENERALIDADES INF :

- Bloquean :

Infecciones virales

Proliferación celular

- Modulan la respuesta inmune

EFFECTOS SECUNDARIOS:

- Síntomas pseudogripales
- Diarreas autolimitadas , Insomnio
- Aumento de infecciones bacterianas
- Depresión medular (trombocitopenia, leucopenia)
- **Fenómenos autoinmunes: alteraciones tiroideas**

DISFUNCIÓN TIROIDEA:

- Hipotiroidismo : más común
- Hipertiroidismo : Graves Basedow
- Tiroiditis destructiva

QUE EXAMENES TIROIDEOS SE DEBEN REALIZAR PREVIO AL TRATAMIENTO CON INF ALFA EN VHC?

- Examen clínico
- TSH
- Anticuerpos antitiroideos (anti TG , anti TPO)
- Si existe disfunción tiroidea: tratar .
Posponer el tratamiento con INF hasta lograr el eutiroidismo
- Durante el tratamiento: TSH trimestral



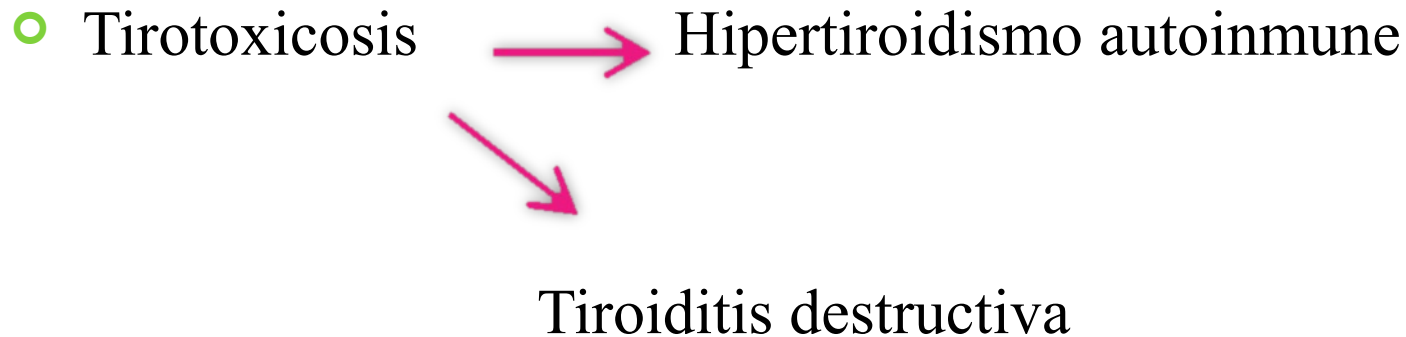
PREVALENCIA PATOLOGÍA TIROIDEA: HEPATITIS CRONICA CON INF ALFA

- 2,5 - 10% en pacientes hepatitis crónica
- Incidencia ↑ mujeres
 - pacientes con ATPO positivos (previos)
 - portadores de hepatitis C más que VHB
 - períodos largos de tratamiento
 - adición de ribavirina
- **Hepatitis C : Asociación con desórdenes autoinmunes**
 - > 20% de pacientes presentan anticuerpos antitiroideos
 - previo al inicio del tratamiento con INF

- **Dado la confirmación de tirotoxicosis:**
- Se realizó consulta con endocrinología
- Endocrinología sugirió solicitar:

Centellograma tiroideo

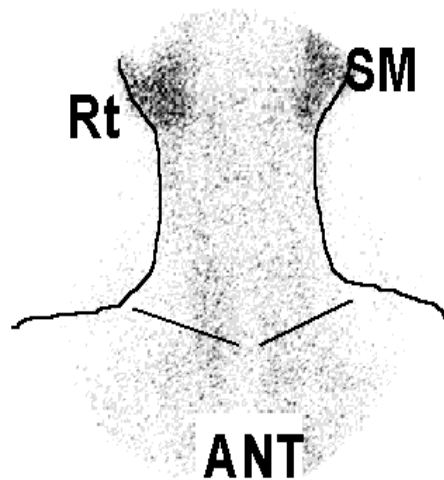




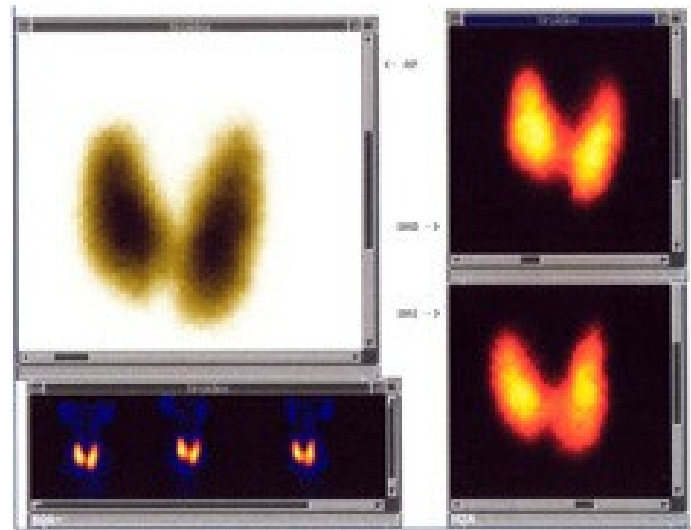
- Centellograma: hipercaptación / hipocatación



TIROIDITIS



EGB



Centellograma tiroideo: 10/5/11

Glándula aumentada de tamaño a expensas de LD

Captación del radiofarmaco es homogenea en LI

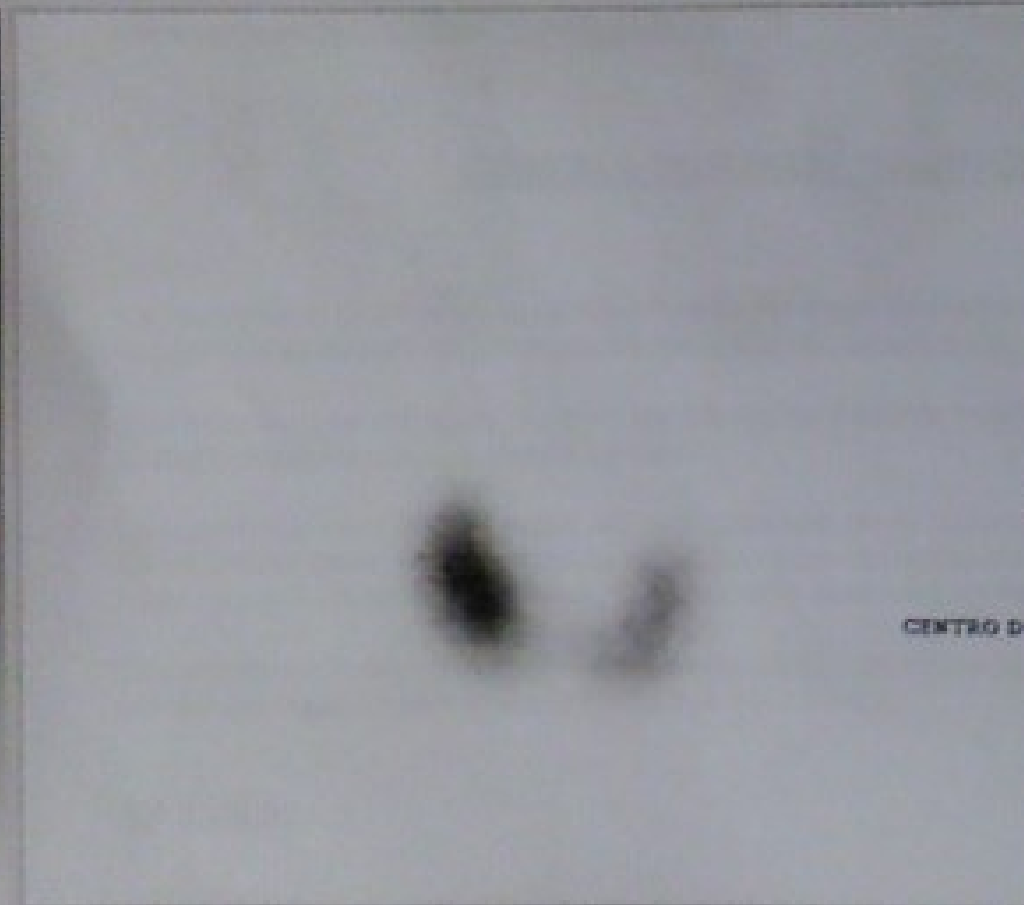
En LD zona de mayor captación a nivel de 1/3 medio y superior que coincide con nódulo palpable

En Suma:

Bocio a expensas de lóbulo derecho con nódulo hiperpactante que compromete 1/3 medio y superior del mismo.



THYROID UPTAKE



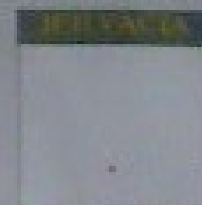
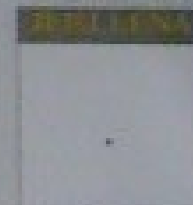
RIGHT LEFT

Inj. Cts/s at Thyroid Frame time : 2020.6

BIRTH DATE : 10 / 5 / 2011

CENTRO DE MEDICINA NUCLEAR - HOSPITAL DE CL

Isotope : Tc-99m



Ct: 106440
10/5/2011
8:41:14

Ct: 10300
10/5/2011
8:45:14

	TOTAL	RIGHT	LEFT
UPTAKE (%)	1.3	0.9	2.4
C TS (cps)	39.7	11.0	28.8
SIZE (cm ²)	18.5	7.7	10.9

Print

Nódulo palpable?



Ecografía tiroidea



○ Ecografía de tiroides: 10/5/11

Tiroides forma habitual, **aumentada de tamaño a expensas de LD**, ecogenicidad homogénea en ambos lóbulos, **sin evidencia de nódulos**.

LD: AP: 23mm, T: 21mm, L: 48mm

LI: AP: 15mm, T12mm, L: 35mm

Vol. 15cc (LD: 12cc, LI: 3cc)

El **LD: Aumento de vascularización** con doppler color.

El resto vascularización habitual.

No adenomegalias.



- **Planteos clínicos:**

Pte con VHC +

Enfermedad tiroidea autoinmune previa

Actualmente: Tirototoxicosis inducida por INF alfa

Tiroiditis focal izquierda?

Hipertiroidismo autoinmune?



SE DEBE SUSPENDER EL TRATAMIENTO CON INF ALFA SI SE DESARROLLA PATOLOGIA TIROIDEA?

- No retirar en hipotiroidismo (mayoría autores)
- En hipertiroidismo

valorar retirada según la gravedad del cuadro

Retirada:

- No parece dar lugar a un cese del hipertiroidismo
- La aparición de trastornos tiroideos inducidos por el IFN α se correlaciona con una mayor respuesta al tratamiento antiviral

COMO DEBE SER EL TRATAMIENTO ANTE APARICIÓN DE TIROTOXICOSIS?

- Tiroiditis destructiva:

Tratamiento sintomático: beta bloqueantes, AINE y/o corticoides

- Hipertiroidismo (EGB) :

Metimazol o radioyodo

Suspender el IFN hasta normalizar la función tiroidea, luego puede reiniciarse

AL SUSPENDER EL TRATAMIENTO CON INF ALFA DESAPARECE LA PATOLOGIA TIROIDEA?

- Puede desaparecer o persistir
- Siempre se debe evaluar la actividad tiroidea al culminar el tratamiento antiviral

- Conducta: Con Hemograma normal

Se comienza : Metidazol 15 mg/día

Atenonol 25 mg/día

Se solicita : TSH ,T4L, T3L. Ac anti TPO

PAAF..

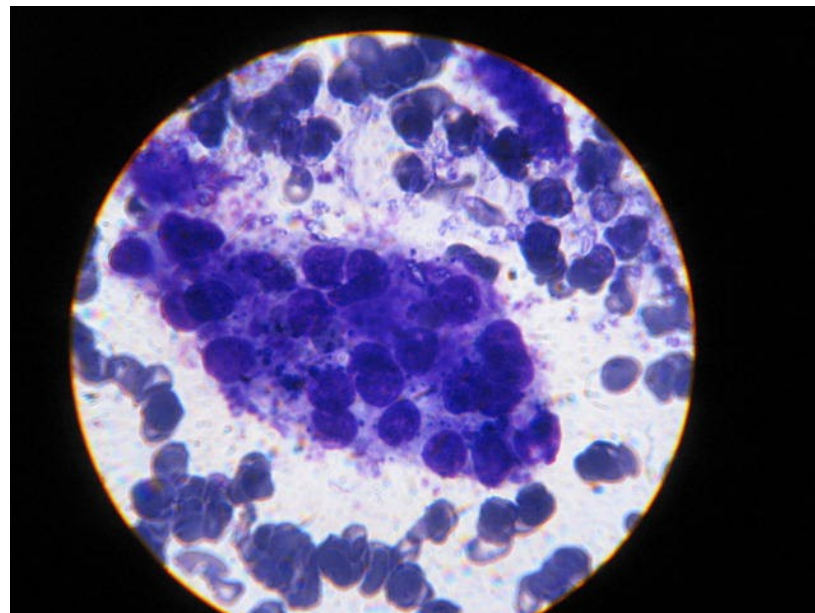
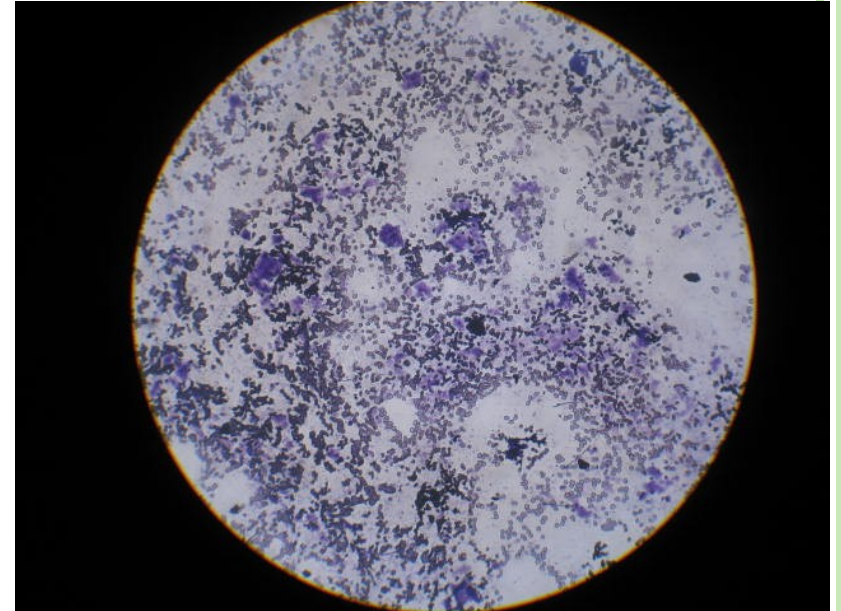
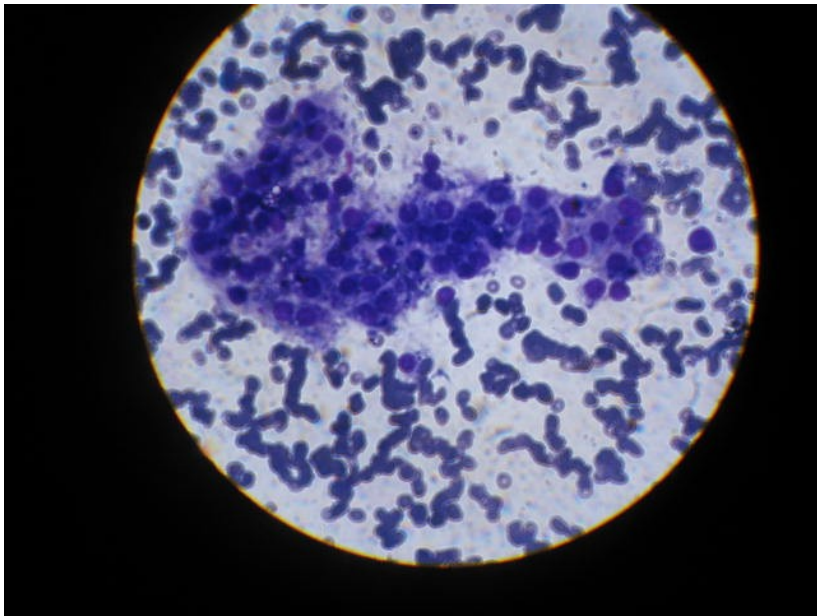


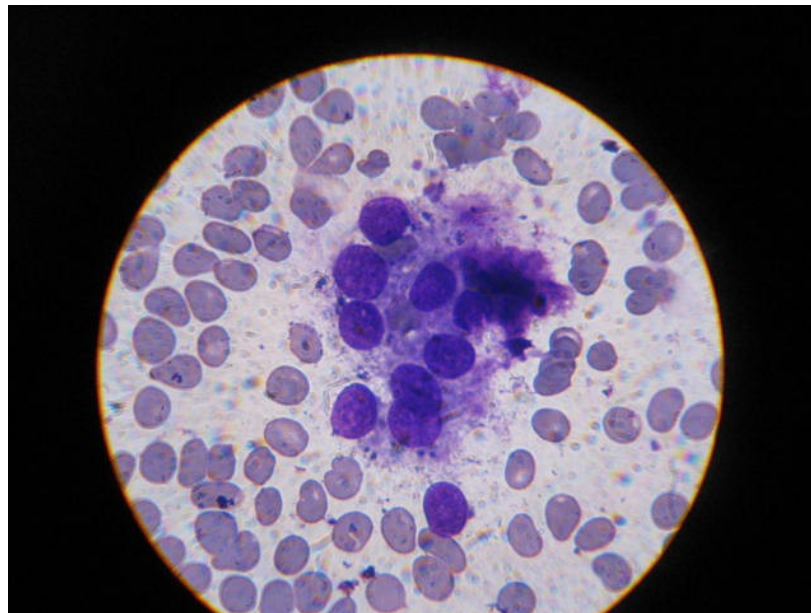
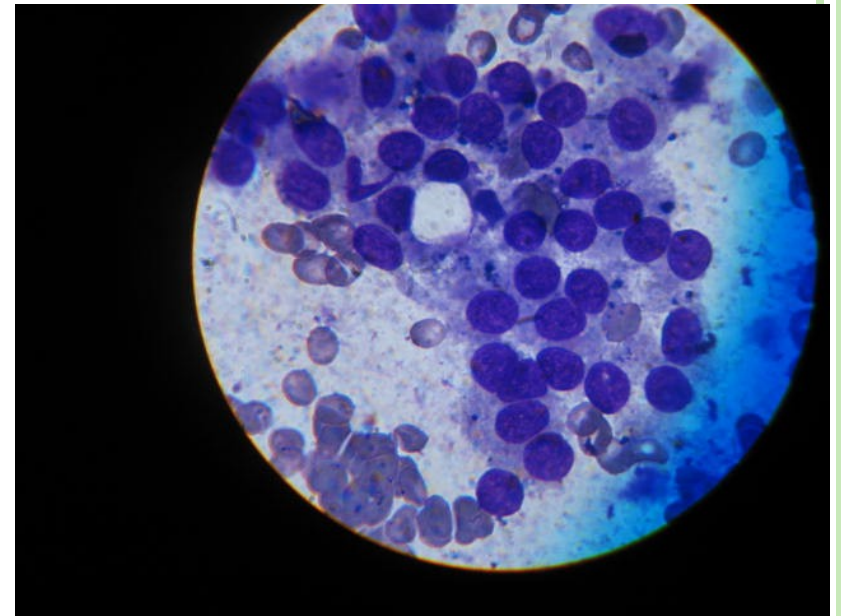
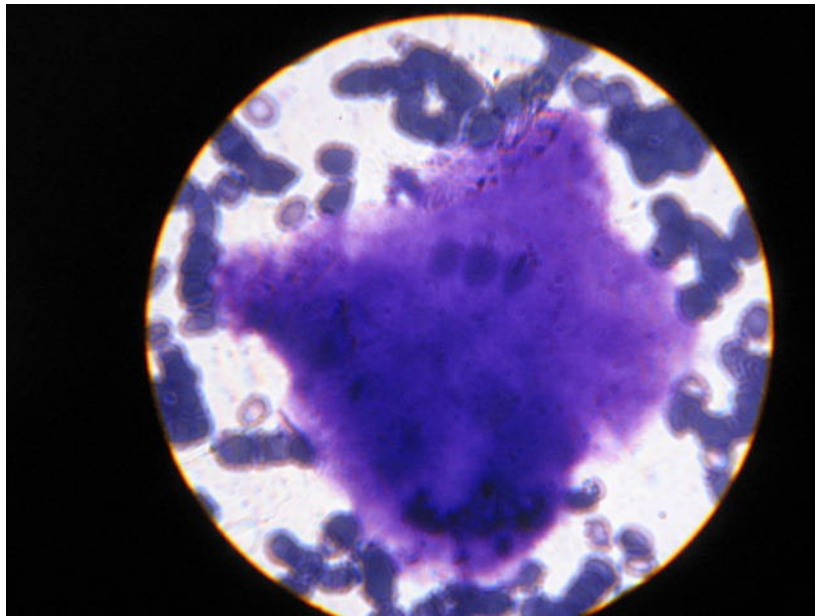
PAAF: CITOLOGIA

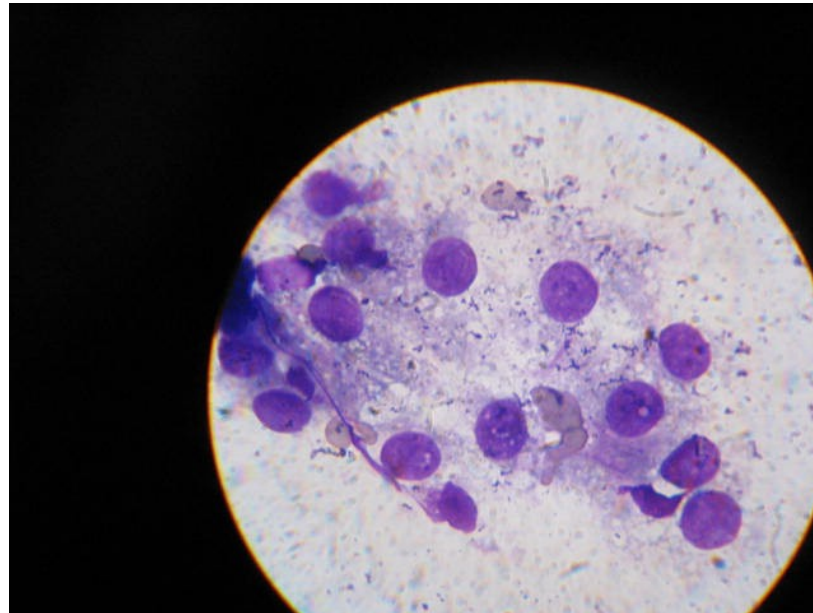
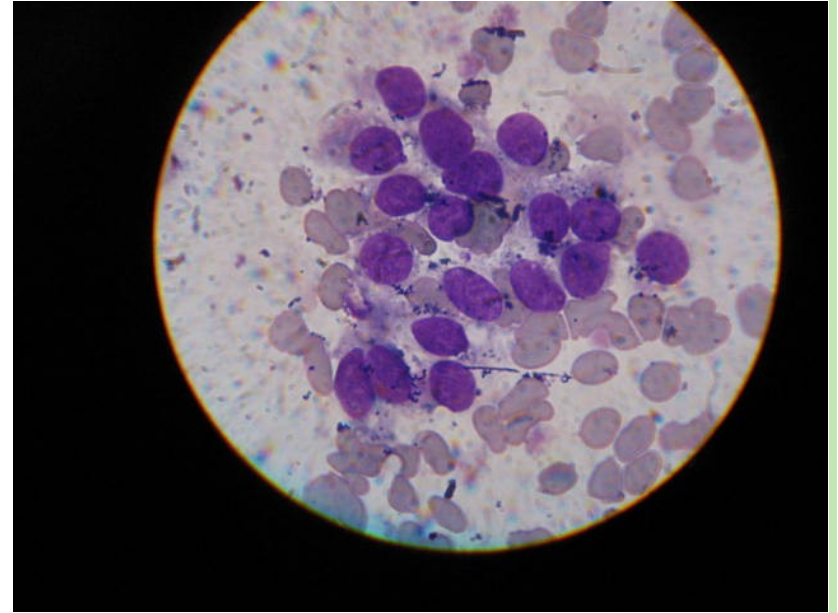
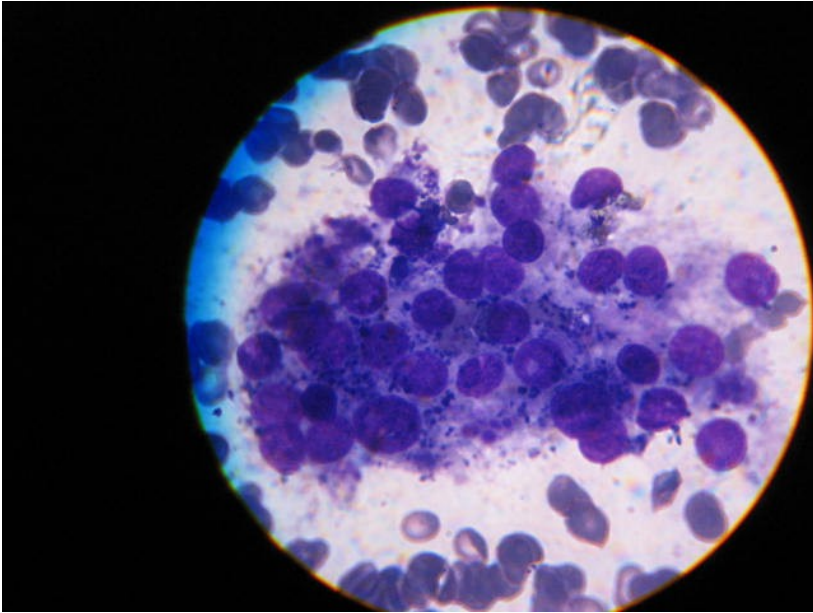
En la tirotoxicosis:

- **hiperplasia tiroidea difusa**
- **macro y microfoliculos**
- **moderado grado de anisocariosis**
- **nucleolos evidentes**
- **superposición nuclear**
- **abundante sustancia coloide**
- **vacuolas citoplasmáticas, células “ en llama”**
- **gránulos citoplasmáticos**
- **sangre**









PUNCION CITOLOGICA ECOGUIADA

Se punciona bajo guía ecográfica (Dr. Rodríguez Parodi) logia tiroidea izquierda y derecha.

En ambos sitios de punción se obtiene un citograma de similares características, constituido por abundante sustancia coloide, células tiroideas predominantemente pequeñas, con discreto grado de anisocariosis y gránulos citoplasmáticos como suele verse en el hipermetabolismo celular.

En suma: Bocio coloide con moderada hiperplasia.



○ **Evolución:**



27/5/11

Metidazol 15mg

TSH: 0,011

T4L: 1,59 ↑

T3L: 3,90 ↑

Ac TPO: 102

5/7/11

25mg

0,097

1,18 N

3,22 N

22/8/11

15mg

23,1

0,71



Suspensión Metidazol

T4L (0,70-1,40 ng-dl)

T3L (1,46-3,65pg-ml)



- **Discusión:**

**Tiroiditis o
hipertiroidismo?....**



- **Actualmente: 28/9/11 concurre a control....**
- **Clínica: algunos elementos de tirotoxicosis:** mirada brillante, piel calida, nerviosismo..
- **Perfil tiroideo:**

TSH: 0.153

T4L: 1.39 **N** (0,70-1,40 ng-dl)

T3L: 3.76 **↑** (1,46-3,65 pg-ml)



Ecografía de Tiroides : Control

**Glándula aumentada de tamaño a predominio del
LD. Vol: 14cc**

LD: T: 21, AP: 24, L: 40

LI: T: 13, AP: 14 , L: 30

**La vascularización se encuentra igualmente
aumentada en ambos lóbulos**



○ **Evolución:**

