

CASO CLÍNICO

Derrame pericárdico grave en un paciente con hipotiroidismo Severe pericardial effusion in a patient with hypothyroidism

MsC. María Norbelis Viamonte Tapia, MsC. Andrés Chang Fong, MsC. Norberto Carmenaty Campo, MsC. Armando Pérez Cala y MsC. Tamara Meriño Hechavarría

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se expone el caso clínico de un paciente de 40 años de edad, con aparente buena salud, atendido en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba por presentar, desde hacía varios meses, dolor abdominal en epigastrio, no irradiado, asociado a molestia en la región anterior del tórax, dificultad para respirar, hinchazón en las piernas, decaimiento, somnolencia y dolores articulares, así como andar lento y disminución de la memoria, entre otros síntomas. Los resultados de los exámenes complementarios confirmaron que se trataba de un derrame pericárdico de causa hipotiroididea. Se indicó tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas (levotiroxina sódica). Evolucionó favorablemente y egresó de la institución hospitalaria, pero fue reevaluado a los 3 meses, observándose una mejoría significativa.

Palabras clave: hombre, derrame pericárdico, hipotiroidismo, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

The case of an apparently healthy 40 year-old patient is reported, who was attended in "Dr. Joaquín Castillo Duany" Clinical Surgical Hospital of Santiago de Cuba to present with epigastric abdominal pain for several months, no irradiated and associated with discomfort in anterior chest, breathing difficulty, swelling of the legs, weakness, drowsiness and joint pains, as well as slow gait, impaired memory, and other symptoms. The results of additional tests confirmed a pericardial effusion of hypothyroid cause. A replacement therapy was administered with thyroid hormones (sodium levothyroxine). He made good progress and was discharged from the hospital, but he was reevaluated at 3 months and a significant improvement was observed

Key words: man, pericardial effusion, hypothyroidism, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La aparición de derrame pericárdico puede estar relacionada con una amplia variedad de situaciones clínicas, tales como: infecciones virales, bacterianas, fúngicas, o como resultado de procesos inflamatorios, autoinmunes o neoplásicos. Cabe agregar, que en los derrames pericárdicos crónicos, que persisten durante más de 3 meses, y con importante acumulación de líquido, no se identifican los factores desencadenante en la mitad de los casos.¹

Asimismo, la presencia de derrame pericárdico ligero en el hipotiroidismo es un hallazgo relativamente frecuente, que habitualmente no ocasiona compromiso hemodinámico. Por otra parte, la gran distensibilidad pericárdica y el aumento de la fuga capilar gradual en el hipotiroidismo, origina normalmente derrames pericárdicos leves o no sintomáticos. Al respecto, en la bibliografía médica se registran muy pocos que son severos o de taponamiento cardíaco por esta causa, tanto en adultos como en niños.²

El hipotiroidismo es el síndrome clínico caracterizado por la secreción deficiente de hormona tiroidea por parte de la glándula tiroides, lo más frecuente es que refleje una enfermedad de dicha glándula y se produzca un hipotiroidismo primario, pero puede originarse por enfermedad hipofisaria (secundario) o hipotalámica (terciario) e, incluso, por resistencia periférica hormonal (periférico).³

Esta enfermedad constituye la tercera entidad clínica más frecuente de las enfermedades tiroideas y puede presentarse a cualquier edad, pero su incidencia suele ser mayor entre la tercera y sexta décadas de la vida. Predomina en el sexo femenino y disminuye el ritmo de los procesos metabólicos, de manera que afecta gravemente la calidad de vida de los pacientes.

Las manifestaciones clínicas en quienes padecen hipotiroidismo varían sustancialmente. En ocasiones suelen ser silentes y de inicio progresivo o llegar a un evidente cuadro mixedematoso; también, muchos síntomas pueden ser subjetivos y no aportar con claridad elementos que orienten a este proceso.³

Teniendo en cuenta la importancia de elevar la sospecha clínica de hipotiroidismo ante todo paciente con derrame pericárdico, se realizó el presente artículo para compartir estos hallazgos con la comunidad científica interesada en el asunto.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un paciente de 40 años de edad con aparente buen estado de salud, atendido en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba por presentar, desde hacía algunos meses, dolor abdominal en epigastrio, luego de ingerir alimentos, de carácter ardoroso, no irradiado, que apenas se aliviaba con antiácidos, acompañado de otros síntomas menos precisos, tales como: molestia dolorosa en la región anterior del tórax, difusa, de ligera intensidad y sin irradiación, falta de aire ocasional, hinchazón en las piernas, décaimiento, somnolencia, dolores articulares, sangrado importante luego de una exodoncia, impotencia, pérdida del deseo sexual, así como anemia; esta última diagnosticada en su área de salud según los resultados de un chequeo médico realizado.

- Examen físico

- Paciente con lentificación psíquica, pobre respuesta verbal, andar lento, disminución de la memoria, mucosas pálidas, piel áspera, seca, así como caída y cambio de coloración del cabello. Facies abotagada. No se observó edemas en las piernas, ni alteraciones en la glándula tiroides.
- Frecuencia respiratoria: 20 movimientos respiratorios por minuto
- Frecuencia cardíaca: 64 latidos por minuto, hacia los límites inferiores de normalidad
- Tensión arterial: dentro de límites normales
- Ausencia de ingurgitación yugular
- Abdomen: normal

- Exámenes complementarios

- Hemograma: 110g/L; hematocrito: 0,39L/L; leucocitos: $7,6 \times 10^9$ L
- Eritrosedimentación: 10 mm/h
- Creatinina: 146 mmol/L
- Glucemia: 4 mmol/L
- Ácido úrico: 198 mmol/L
- Colesterol: 5 mmol/L
- Triglicéridos 2 mmo/L
- Transaminasa glutámico pirúvica: 48 U/L
- Transaminasa glutámico oxalacética: 50 U/L
- Fosfatasa alcalina: 246 U/L
- Proteínas totales: 90 g/L
- Proteínas fraccionadas: albúmina: 50g/L: globulinas: 40g/L
- Creatina fosfocinasa: 680 U/L
- Filtrado glomerular: 93mL/min/1,73m²
- Proteinuria de 24 horas: 0,3 g
- Células del lupus eritematoso: negativas
- Antígeno de superficie: resultados negativos
- Serología: no reactiva
- Coagulograma: tiempo de sangrado: 1 minuto; tiempo de coagulación: 1 minuto; tiempo de protrombina: control 12 segundos y paciente 15 segundos; número de plaquetas: 380×10^9 /L
- Estudio de función plaquetaria con epinefrina: control 12 segundos; paciente 26 segundos
- Factor plaquetario (técnica de Hardisty): prolongado (4/1-16 segundos)
- Radiografía anteroposterior de tórax: gran aumento del área cardíaca (figura1).



Fig 1. Observe el gran aumento del área cardíaca (signo de la copa invertida).

- Ecocardiograma: Se visualizó derrame pericárdico de gran tamaño, sin elementos de taponamiento cardíaco (figura 2).



Fig 2. Derrame pericárdico de gran tamaño

- Radiografía de silla turca: Sin alteraciones.
- Ecografía de la glándula tiroides: Ambos lóbulos heterogéneos e irregulares, textura no homogénea, nódulos difusos, con escasa movilidad. Lóbulo derecho: 9x10x31 mm; izquierdo: 10x94x33mm (figura 3).
- Electrocardiograma: Se constató microvoltaje.
- Endoscopia por vía oral: Se confirmó la presencia de gastritis atrófica.



Fig 3. Ecografía de la glándula tiroides

Los niveles de tirotropina (TSH) alcanzaron un valor por encima de 96 μ U/mL (niveles de referencia 0,3-3,7 μ U/mL), lo cual permitió el diagnóstico de hipotiroidismo primario.

Inmediatamente se inició tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas, principalmente con levotiroxina sódica a dosis baja, con incrementos progresivos.

El paciente fue dado de alta y reevaluado a los 3 meses, tanto desde el punto de vista clínico como por ecocardiografía, donde se constató reducción significativa del derrame y mejoría de las manifestaciones clínicas atribuibles al hipotiroidismo.

COMENTARIOS

La disfunción del tiroides se asocia con frecuencia a alteraciones cardiovasculares, pero estas alteraciones son poco frecuentes o pasan desapercibidas en el hipotiroidismo.

Las manifestaciones cardíacas principales son la bradicardia sinusal y, con menor frecuencia, la hiperlipemia y la enfermedad coronaria.

El hallazgo de una cardiomegalia y un electrocardiograma con bajo voltaje es poco específico de padecer un derrame pericárdico, puesto que ambos parámetros pueden estar alterados en la enfermedad coronaria.³ Por otra parte, las causas de la acumulación de líquido en el pericardio (rico en proteínas y polisacáridos) no están bien esclarecidas, aunque se ha sugerido un aumento de la permeabilidad capilar asociada a un drenaje linfático alterado.⁴

Al respecto, el derrame pericárdico parece ser más frecuente en pacientes con hipotiroidismo congénito o de larga evolución, sin relación con la concentración de hormonas tiroideas y TSH.

Cabe recalcar que la aparición de taponamiento en el derrame pericárdico debido a hipotiroidismo es excepcional, pero resultó interesante el hecho de que en este paciente siempre fue bien tolerado, a pesar de la severidad.

El diagnóstico de acumulación de líquido en el pericardio se realiza mediante ecocardiografía. El Doppler cardíaco permite evaluar el compromiso hemodinámico mediante el análisis de los flujos transvalvulares.

El aumento en sangre de creatina fosfocinasa, se asocia con la magnitud del hipotiroidismo, pero no se ha observado relación con la presencia o ausencia de líquido en el pericardio.⁵ En este paciente dicha enzima estuvo elevada.

Se plantea que dos tercios de los afectados presentan anemia, por lo general, leve, normocítica-normocrómica multicarenital, por déficit en la absorción; hallazgo similar a lo observado en este caso.

Asimismo, la gastritis estuvo presente por aclorhidria. También puede verse deficiencia de diferentes factores de la coagulación y se ha descrito la disminución de adherencia plaquetaria.

En este paciente, los resultados de uno de los estudios de función plaquetaria estaban alterados, pero no se pudo concluir con el resto de las pruebas de coagulación. Por otra parte, la hipofunción tiroidea suele acompañarse de disminución de la libido e impotencia, síntomas que también estuvieron presentes.

El tratamiento hormonal sustitutivo, generalmente se acompaña de una reabsorción gradual del líquido;⁵ por el contrario, si existe taponamiento cardíaco se requiere drenaje urgente.

Finalmente, en este paciente fue importante diagnosticar el origen hipotiroideo del derrame, pues con el tratamiento hormonal establecido se logró la mejoría clínica y se evitaron tanto las complicaciones como la realización de procederes invasivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vicens Martí C, Jordi Guarinos O, Domínguez de Rozas JM. Derrame pericárdico masivo y taponamiento cardíaco como forma de presentación de hipotiroidismo. Rev Méd Chile. 2001 [citado 13 may 2012]; 129 (10). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001000013&script=sci_arttext
2. Perel C, Echin M. Insuficiencia cardíaca y tiroides. Daño miocárdico en el hipotiroidismo. Insuf Card (ciudad autónoma de Buenos Aires). 2006 [citado 13 may 2012]; 1(1) Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622006000100008
3. Paoli-Valeri M. Hipotiroidismo subclínico ¿factor de riesgo para enfermedad cardiovascular? Rev Venez Endocrinol Metab. 2003; 1 (2): 9-16.
4. Sanda S, New.eld RS. A child with pericardial effusion and cardiac tamponade due to previously unrecognized hypothyroidism. J Natl Med Assoc. 2007; 12: 1411–3.
5. Rasmussen N, Vazquez AM, Tripp ME, Neal W. Pericardial effusion's: a complication of hypothyroidism. Am J Dis Child. 1979; 133:329.

Recibido: 19 de septiembre de 2012.

Aprobado: 21 de septiembre de 2012.

María Norbelis Viamonte Tapia. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba.