

Diabetes mellitus secundaria a hiperfunción tiroidea. Presentación de un caso
Diabetes mellitus secondary to thyroid hypertension. Presentation of a case

Cristóbal Mayola Alberto (1), José Carlos Sola Hermida (1), Maite Sosa Jiménez(2)

Resumen

Se presenta paciente de 36 años de edad que ingresa en sala de medicina por presentar pérdida de peso de 60 libras en un periodo aproximado de tres meses, acompañado de decaimiento marcado y apetito intacto. Esto a la vez se asocia a disfagia para alimentos sólidos, aumento de volumen de la porción anterior del cuello y un salto en el epigastrio que le resulta molesto. Se estudia y se impone tratamiento con insulina, antiroides de síntesis, betabloqueadores y vitaminoterapia; mejorando las manifestaciones clínicas en un 70%.

Palabras clave: DIABETES MELLITUS, BOCIO TÓXICO DIFUSO, HORMONA TIROIDEA, TIROXINA.

1. Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Profesor instructor.
2. Residente de 1er año de Medicina Interna.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de 36 años de edad, con antecedentes de ser fumador hace aproximadamente 20 años. Acude a nuestro servicio por presentar marcada pérdida de peso (60 libras en un periodo de tres meses), asociado a decaimiento marcado, dificultad para deglutir alimentos sólidos y latido epigástrico no palpable pero visible, que le resulta molesto. Esto se acompaña de aumento de volumen de la porción anterior y central de cuello.

A su ingreso se nota pálido y decaído con apetito intacto, en ocasiones aumentado.

Al examen físico pudimos constatar:

Mucosa: húmedas y normocoloreadas.

TCS: no infiltrado.

AR: tórax pálido, escapulas aladas y costillas prominentes. Espansibilidad torácica disminuida. Percusión normal. Murmullo vesicular conservado. No estertores.

FR: 18`x.

ACV: choque de la punta visible y palpable. Latido epigástrico visible. Ruidos cardiacos taquicardicos.

FC: 104`x TA:140/70 mm Hg

Abdomen: excavado. Maniobra de Ribero Carballo negativa. No tumoraciones. Ruidos hidroaereos normales en frecuencia e intensidad (normoactivos).

Neurológico: consciente, orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meningeos ni de focalizacion neurológica.

Sistema endocrino: aumento de volumen del tiroides de forma difusa. Maniobras de Crile, Lahey y Quervain positivas. Temblor de la lengua y las manos.

Complementarios Hb: 116 g/l.

Leucocitos: 5,7 x 10⁹/L

Segmentados-0.52

Eosinofilos- 0.04 Linfocitos- 0.44

Coagulograma normal.

Glicemia en ayunas: 16.5mmol/L.

Postprandial de 2 horas: 22.6mmol/L.

Perfil glicémico:

Ayunas:501mmol/L

2 horas después del desayuno: 4.4mmol/L
2 horas después del almuerzo: 5.1mmol/L
2 horas después de comida: 1401mmol/L TGP-normal
TGO normal.
Timol: normal.
Creatinina: 39mmol/L.
Lipidograma:
Colesterol: 3.9mmol/L.
Lípidos totales: 3.43g/L.
Prueba de frío: negativa.
T4: 191.5.
EKG: taquicardia sinusal.
Rx de tórax AP: índice cardioracico normal. Fibroenfisema pulmonar.
Rx de craneo AP y lateral: sin alteraciones.
Vista selectiva de silla turca: normal.
Ecografía tiroidea: aumento de volumen del istmo y de toda la glándula. Ecografía abdominal: hígado con pequeño aumento de los espacios porta. Resto normal.

DISCUSIÓN

La hiperfunción tiroidea, manifiesta como bocio difuso hiperfuncionante, constituye una de las causas de Diabetes Mellitus, reconocida en la literatura como Diabetes Mellitus secundaria. La asociación de ambas entidades se señala con relativa frecuencia (1), sin embargo, cuando se manifiesta el trastorno tiroideo precede en tiempo a la Diabetes Mellitus(2).

En nuestro caso, observamos que la pérdida de peso marcada y la adinamia en el paciente se explican por dos afecciones concomitantes, en correspondencia con la literatura revisada(3); esto unido a la disfagia orgánica por compresión extrínseca tiroidea al estar aumentada de tamaño la glándula (constatado al examen físico con la inspección y a la palpación realizadas al paciente), constituye un trastorno frecuente en la hiperfunción tiroidea.

Se observaron además signos de hiperactividad simpática como taquicardia, palpitaciones, intolerancia al calor y temblor, más palpable que visible, en la lengua y las manos, atribuibles a la hiperfunción tiroidea(4). El eretismo cardiovascular se corresponde con el latido epigástrico visible pero no palpable, siendo el hipertiroidismo una de sus causas, y en el paciente, uno de los síntomas más aquejados por él.

En cuanto a los complementarios observamos como llamativo las cifras altas de glicemia, sobre todo a las dos horas de ingesta, lo cual es atribuible a una Diabetes de debut en correspondencia con la hiperfunción tiroidea y la literatura revisada.(5).

El Rx de cráneo, y en especial la vista selectiva de silla turca, excluyen un hipertiroidismo de causa secundaria(6), a pesar de no haberse podido realizar TRH ni TSH por no hacerse en nuestro medio. Por último, la terapéutica estuvo basada en la insulino terapia, antitiroideos de síntesis y betabloqueadores no selectivos a dosis mínima para evitar efectos hipoglicemiantes al aumentar la sensibilidad a la insulina. Con todo lo anterior, se logró una mejoría clínica de 70% tal y como acontece en la literatura revisada.

ABSTRAC

A thirty – six - year- old patient is admitted to hospital due to sixty- pound weight loss in at roughly twelve week´s time followed by marked by asthenia and intact appetite; this fact at the same time is associated to disphagia in the case of solid food incresed anterior part of neck mass and upset by beat of epigastrium. This case is studied and treated with insulin, antithyroid drugs, betha- blockers and vitamine therapy improving 70% of clinical manifestation.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Smithson MI. Screening for thyroid dys function in a community population of diabetic patients. *Diabetet Med* 1998 Feb.; 15(2): 148-50.
- 2- Rattarasarn C; Diosdado MA, Orteg J. Thyroid autoantibodies in that type 1 diabetic patients: clinical significance and their relationship with glutamic acid descarboxylase antibodies. *Diabetes Res Clin Pract* 2000 Aug; 49(2-3): 107-11.
- 3- Sisibe EH, Día M, Toure Sowh, Sowh AM. Hyperthyroidism and Diabetes Mellitus: analysis of 10 african cases. *Ann Endocrinol(París)* 1999 mar; 60(1): 33-9.
- 4- Fonster G, Lrummenaver F, Huhn I, Beyer J. Polygladular autoimmune syndrome type II: epidemiology and forms of manifatation. *TSH Med Wechenshr* 1999 Dec 10; 124 (49): 1476-81.
- 5- Duun EH, Nygaand B, Nerup J. Thyrotoxicosis at the onset of Diabetes Mellitus. Report of five cases. *Vgeskr Laeger* 1998 Jul. 13; 160(29):4327-30.
- 6- Kinova S, Payer J, Kalafutura I. autoimmune thyroid disease in patients with type 1 Diabetes Mellitus. *Bratisil lek Listy* 1998 Jan; 99(1): 23-5.
- 7- Kalmann R Mounts MP. Diabetes Mellitus a risk factor in patients with graves orbitopathy. *Br J ophthalmol* 1999 Apr; 83(4): 463-5.