

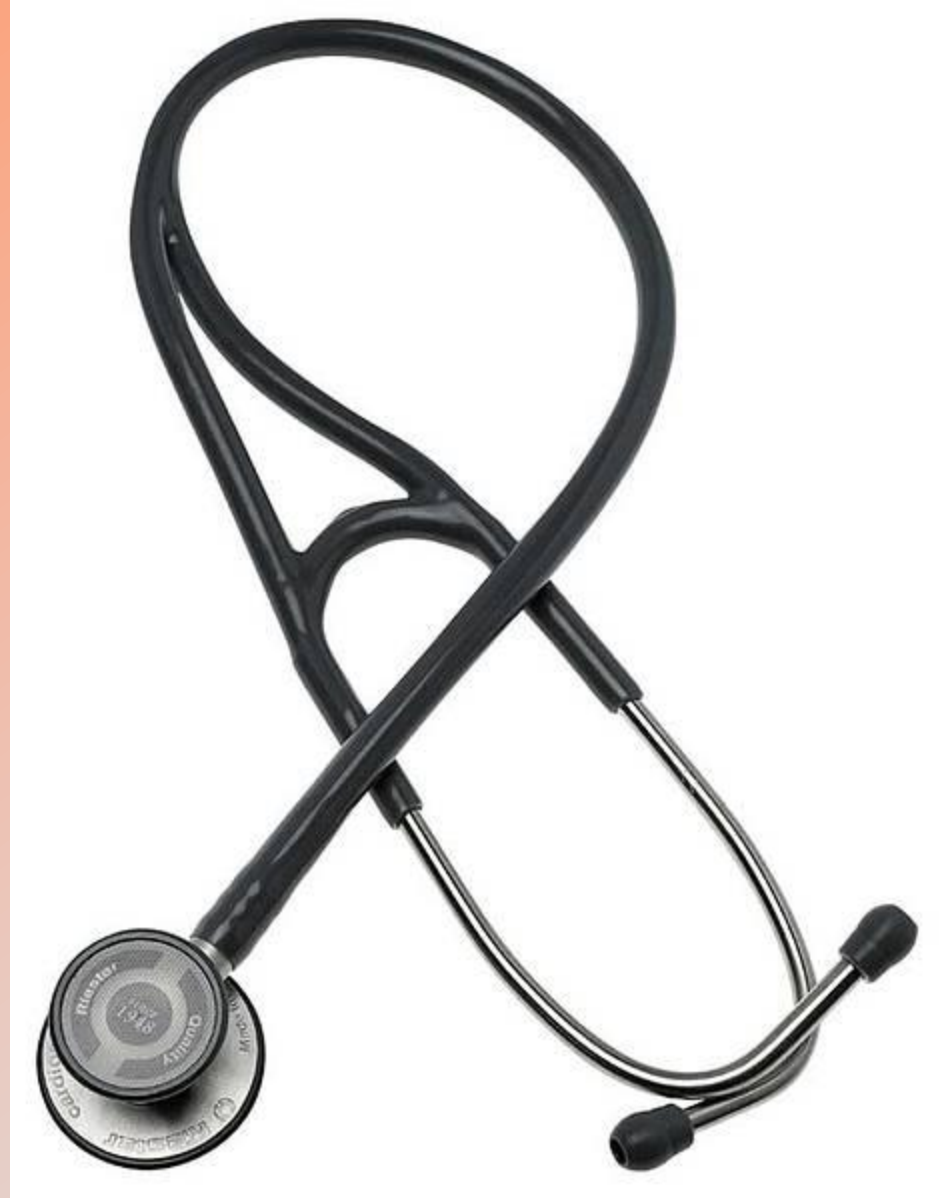
# **SIGNOS DE ALARMA EN PATOLOGÍA ENDOCRINOLÓGICA URGENTE.**

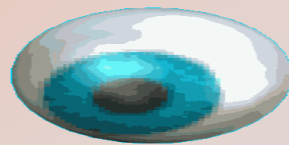
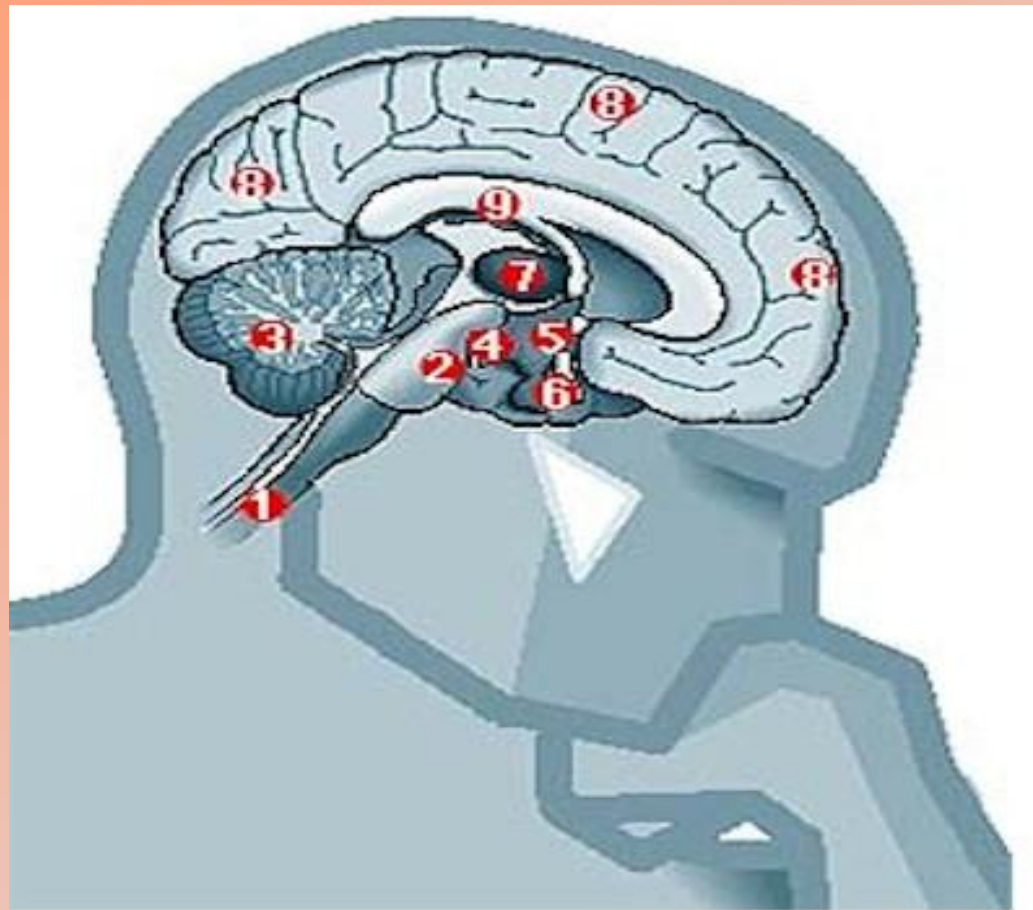
**Dra. Velasco Cano.**

S. Urgencias. HCSC.

**Dra. Runkle de la Vega.**

S. Endocrinología. HCSC.







STRESS

# INSUFICIENCIA SUPRARRENAL: CRISIS SUPRARRENAL

**MORTALIDAD: 80%**



# **HIPOTIROIDISMO: COMA MIXEDEMATOSO**

**MORTALIDAD: 50-80%**



GLANDULA TIROIDES

# **HIPERTIROIDISMO: TORMENTA TIROIDEA.**

**MORTALIDAD: 50%**

Tiroides

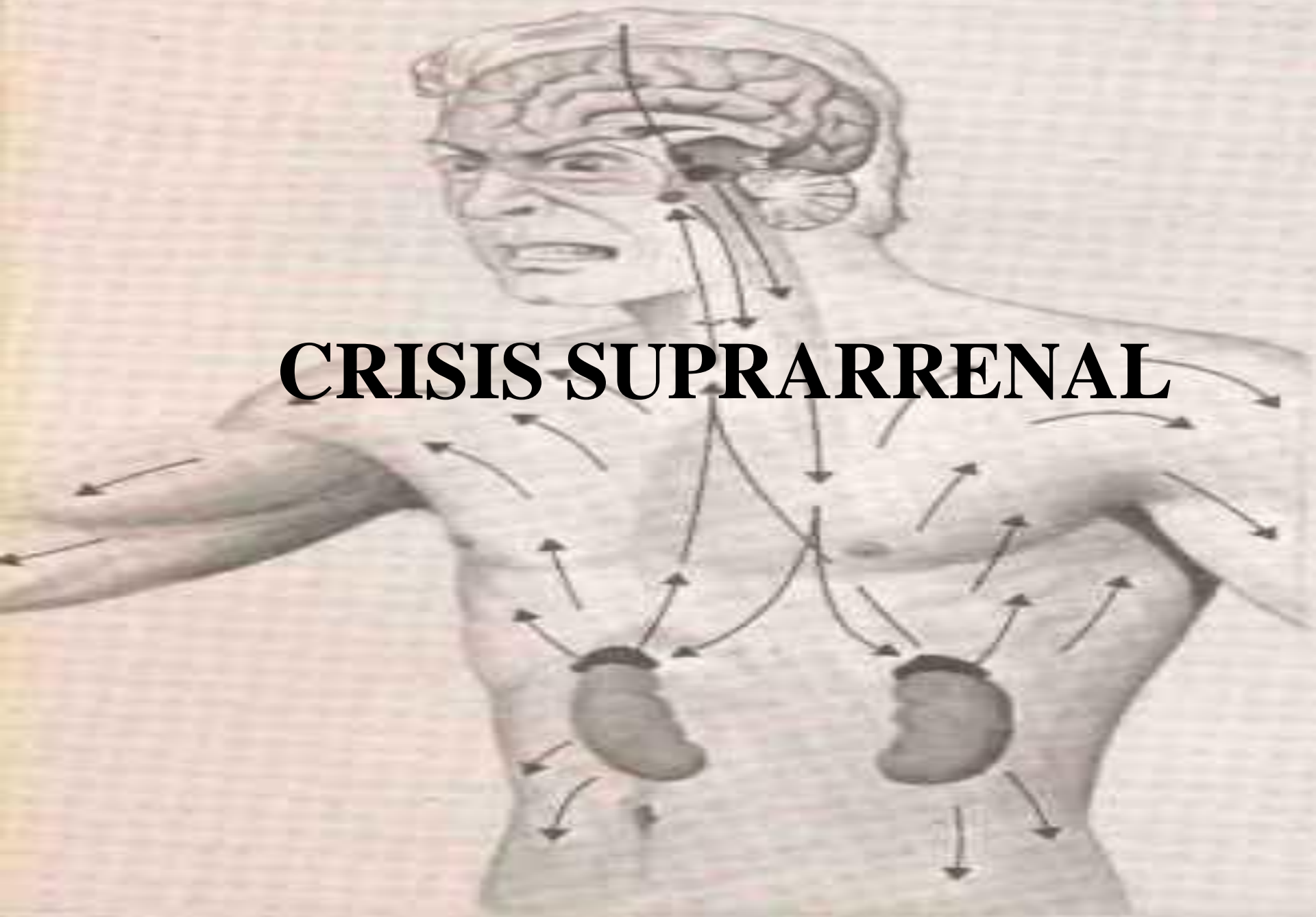
Cartilago  
tiroides

Tráquea

GLANDULA TIROIDES



STRESS



# CRISIS SUPRARRENAL

# CUÁNDO SOSPECHARLA

- Hipotensión refractaria
- Hiponatremia.
- Hiperpotasemia (no siempre).
- Hipoglucemia (no siempre).
- Eosinofilia.



# EN QUÉ PACIENTES

- Todos los ya diagnosticados.
- Si no existe Dx previo:

## Primaria:

- síntomas previos.
- enfermedades AI.
- pacientes VIH.
- enf. Infiltrativas.
- Fármacos.
- Hemorragia.

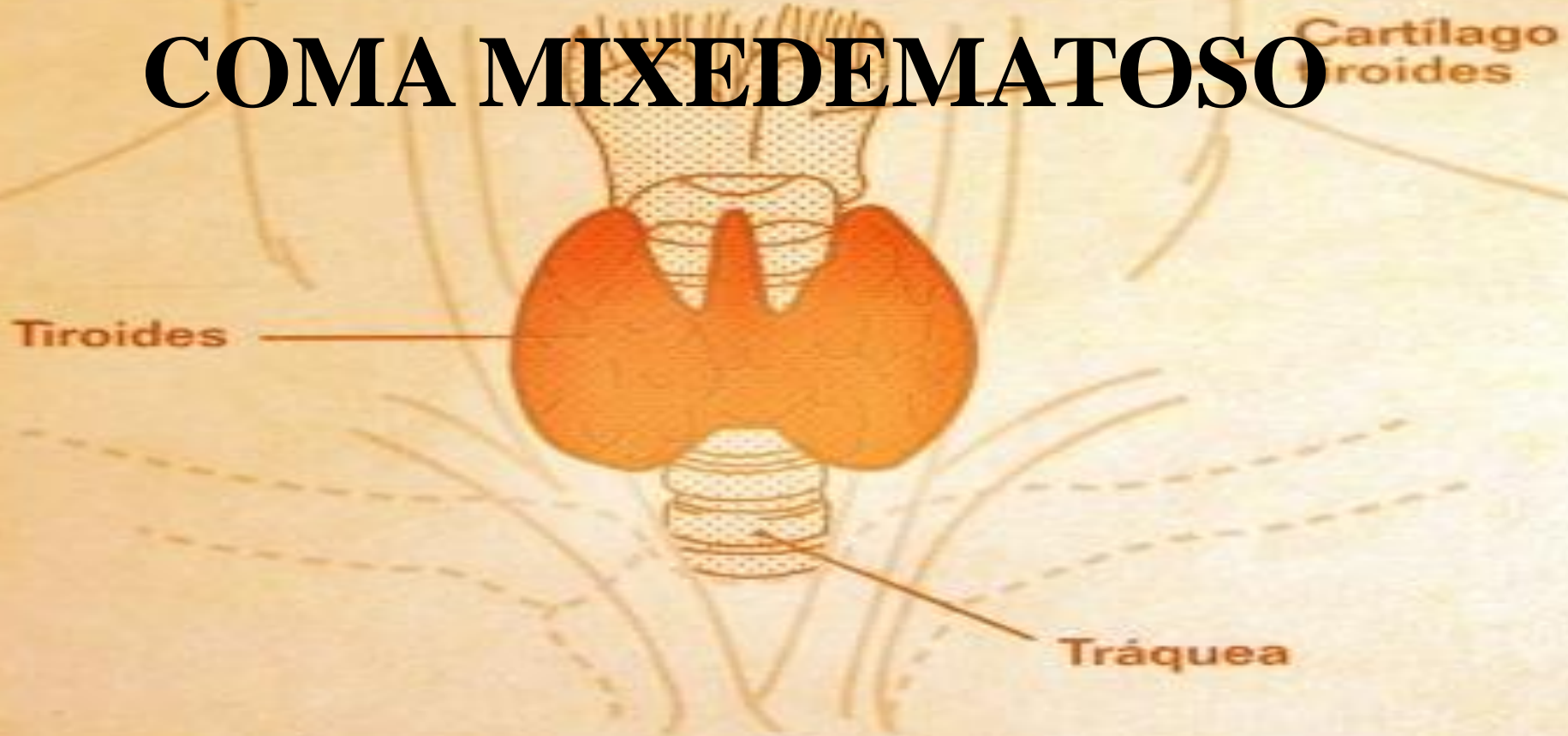
## Secundaria:

- Supresión brusca de tto corticoideo.
- Parto reciente.
- Cx suprarrenal o HPF
- RT de cabeza.
- Apoplejía hipofisaria

# QUÉ HACER

- Perfusión de SSF 0,9% y SG5% (2-4 l/d).
- Corticoides intravenosos: de elección actocortina (efecto mineralocorticoide). Bolo inicial de 50 mg, después perfusión continua (50 mg en 4 de los sueros).
- Tratamiento de la causa desencadenante.

# COMA MIXEDEMATOSO



GLANDULA TIROIDES

**LO PRIMERO:**  
**LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA**

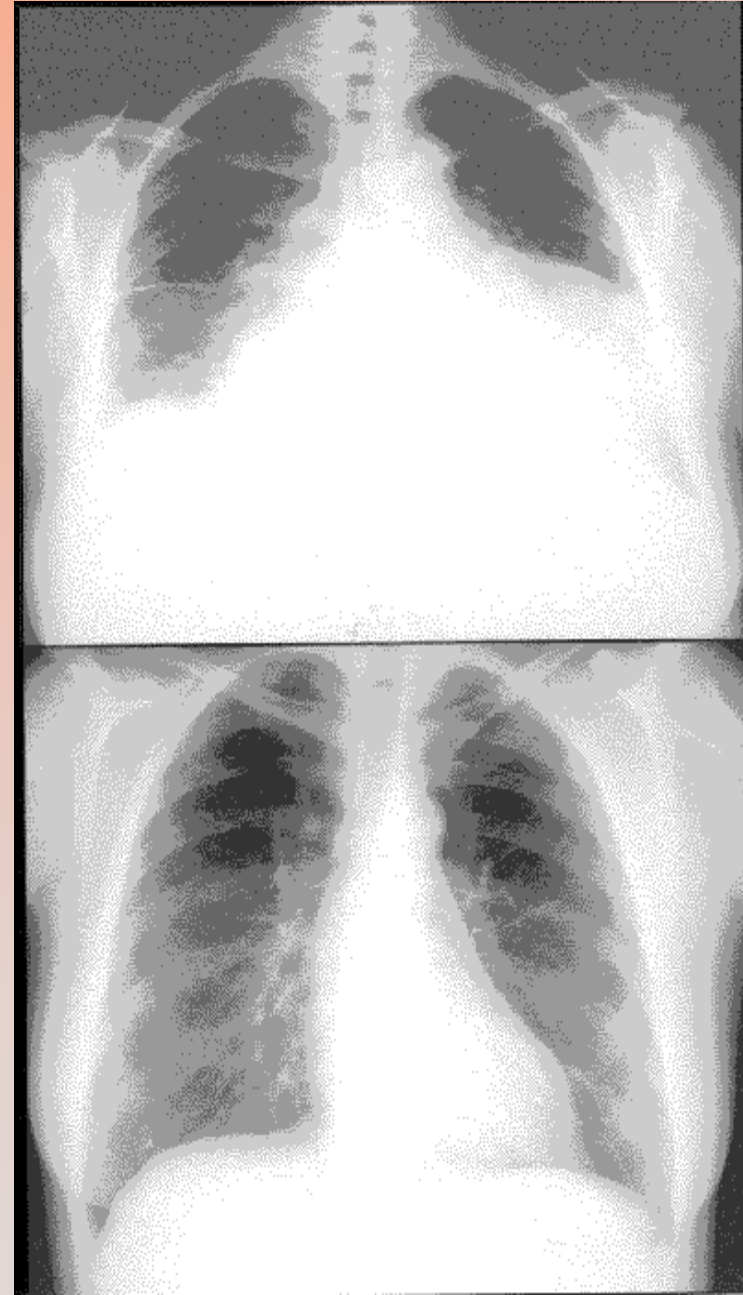
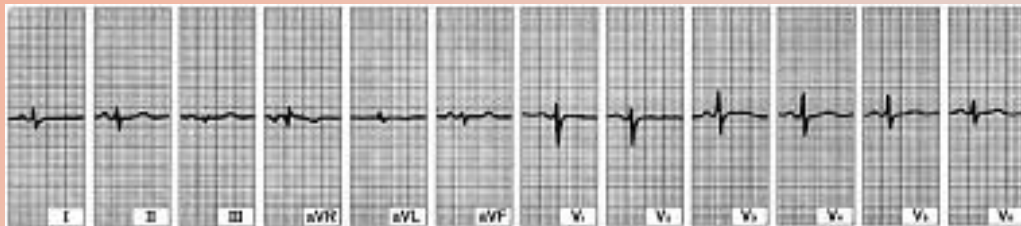


# CLÍNICA Y ANTECEDENTES

- Bajo nivel consciencia
- Hipotermia, hipoventilación.
- Íleo paralítico.
- ROT disminuídos.
- C-V:
  - Hipotensión.
  - Bradicardia.
  - Crepitantes basales.
  - Disminución tonos cardiacos.
- Si ya diagnosticado:
  - abandono de tto.
  - infección.
  - frío, cx, traumatismo.
- Si no diagnosticado:
  - clínica previa.
  - tto con Litio, amiodarona o IFN.
  - otras autoinmunes.
  - RT cabeza y cuello.
  - mismas situaciones que en IS secundaria.

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

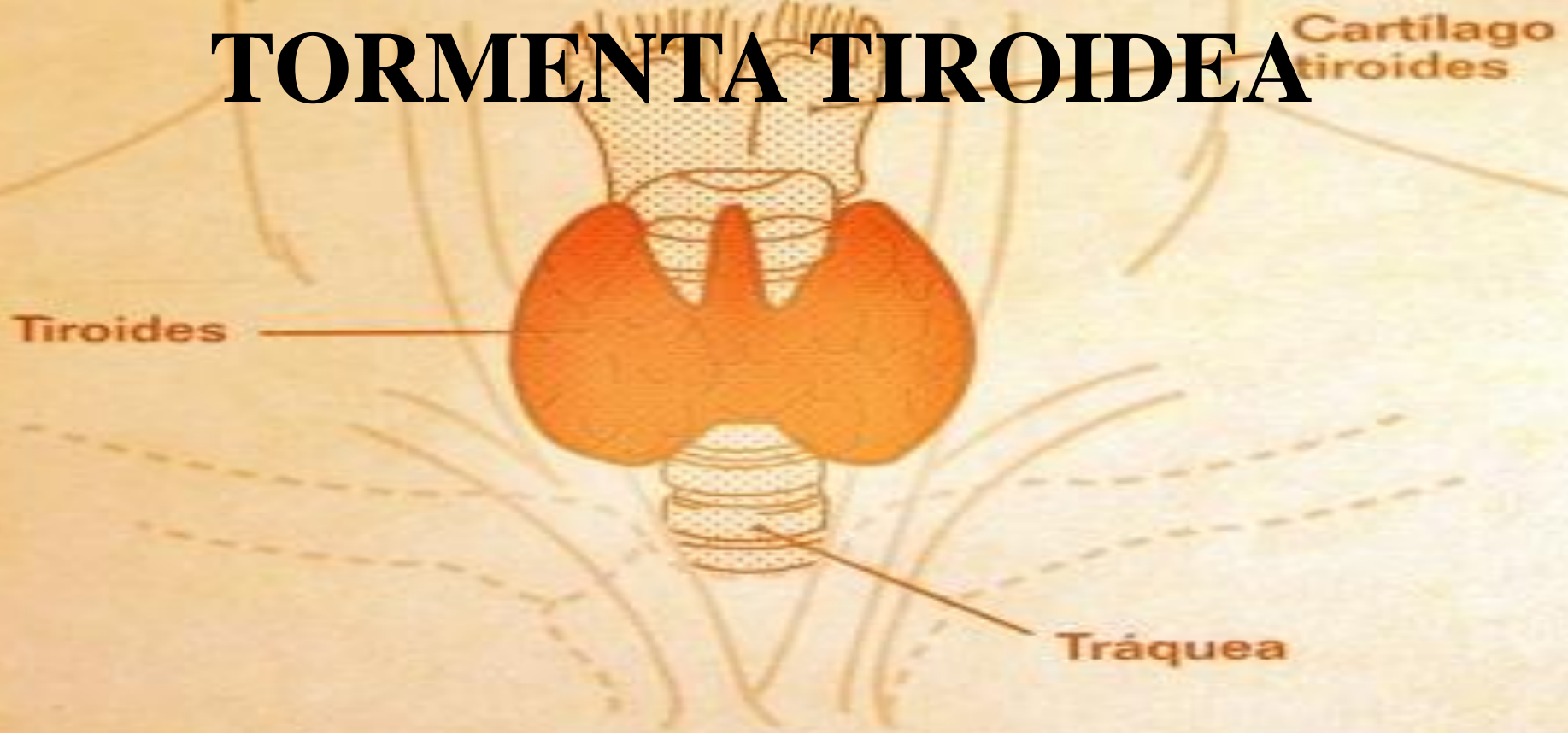
- TSH, T4, T3.
- Hiponatremia.
- Aumento de CK, LDH, AST.
- Hipoglucemia. (Si IS).
- Derrame pleural.
- Derrame pericárdico.
- QT largo y voltajes bajos.
- Acidosis respiratoria



# TRATAMIENTO

- 1.- Medidas de soporte: recalentar con mantas, nunca de forma activa.
- 2.- Corticoterapia: 1 hora antes de instaurar tto tiroideo. 50 mcg Actocortina y dp perfusión continua.
- 3.- Tto sustitutivo: 300-500 mcg levotiroxina iv seguido de 100 mcg al día.
- 4.- Hiponatremia: SSF 0,9% o hipertónico.

# TORMENTA TIROIDEA



Cartilago  
tiroides

Tiroides

Tráquea

GLANDULA TIROIDES

# CUÁNDO SOSPECHARLA:



Exoftalmos en una paciente con hipertiroidismo

## Presencia de :

-Taquicardia, temblor, hipertermia, agitación psicomotriz, disnea, ictericia.

-FARVR, TSV, derrame pleural, elevación de transas o bilirrubina.

## En paciente:

-ya diagnosticado o con clínica previa, en tto con amiodarona o con otras enf. autoinmunes.

-desencadenantes: infección, cx, traumatismo, aporte excesivo de yodo.

# CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

(Burch y Wartofsky, 1993).

Disfunción en termorregulación		Disfunción cardiovascular	
<b>Temperatura</b>		<b>Taquicardia</b>	
37,2-37,7	5 puntos	99-109	5 puntos
37,8-38,2	10 puntos	110-119	10 puntos
38,3-38,8	15 puntos	120-129	15 puntos
38,9-39,3	20 puntos	130-139	20 puntos
39,4-39,9	25 puntos	>=140	25 puntos
>=40	30 puntos	<b>Insuficiencia Cardíaca Congestiva</b>	
<b>Efectos en el sistema nervioso central</b>		<b>Leve</b>	5 puntos
<b>Leves</b>	10 puntos	Edemas	
Agitación		<b>Moderada</b>	10 puntos
<b>Moderados</b>	20 puntos	Derrame pleural bilateral	
Delirio		<b>Severa</b>	15 puntos
Psicosis		Edema pulmonar	
Letargia		Fibrilación auricular	
<b>Severos</b>	30 puntos	<b>Historia de factores precipitantes</b>	
Coma		Negativa	0 puntos
<b>Disfunción gastrointestinal y hepática</b>		Positiva	10 puntos
<b>Moderada</b>	10 puntos		
Diarrea			
Naúseas y/o vómitos			
Dolor abdominal			
<b>Severa</b>	20 puntos		
Ictericia inexplicable			

**PUNTUACIÓN >45 ALTAMENTE SUGESTIVO DE CRISIS TIROTÓXICA.**  
**PUNTUACIÓN ENTRE 25-44 APOYA EL DIAGNÓSTICO.**  
**< DE 25 BAJA PROBABILIDAD.**

# OTROS DATOS ANALÍTICOS

- TSH suprimida, elevación de T4 y T3 (ojo con pacientes con enf. Crónicas). Si en tto con Amiodarona, T3 en límite medio-alto ya es patológico.
- Na y K normales: si hiponatremia, st asociada a hipoTA, sospechar IS asociada.
- Ca y FA elevados (activación de osteoclastos)
- Leucocitosis con/sin neutrofilia.

# TRATAMIENTO

- Medidas de soporte.
- Bloqueo paso T4 a T3.
- Inhibición de síntesis y liberación de hormona.
- Tratamiento de la causa desencadenante.

# MEDIDAS DE SOPORTE

- Hipertermia: paracetamol o Largactil®(25-50 mg). Nunca aspirina.
- Taquicardia: de elección propranolol: 40-80 mg/4-8 horas. Si EPOC: bisoprolol. Si ICC severa y FA: digoxina.
- Anticoagulación: necesitan más dosis de heparina y control más frecuente.

# BLOQUEO DE PASO A T3 .

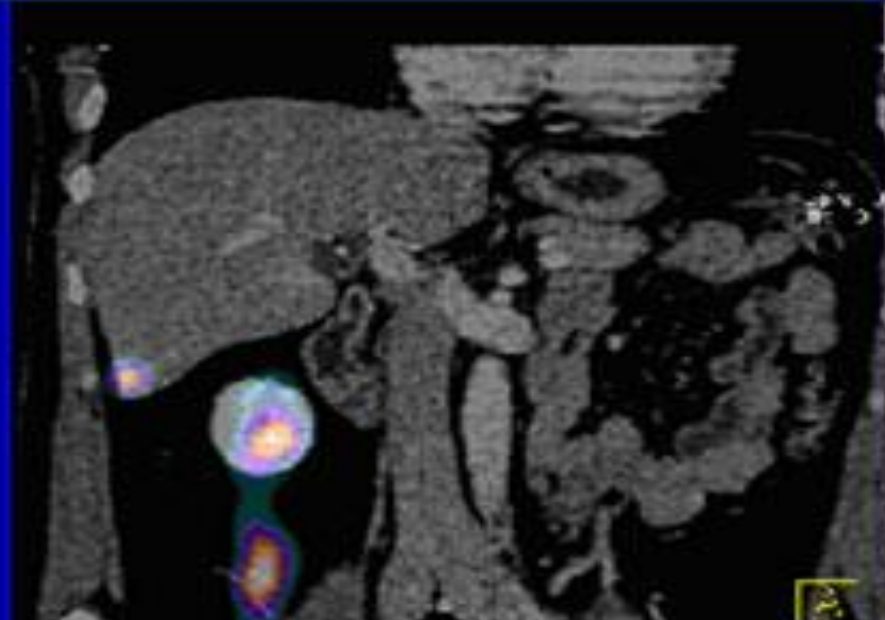
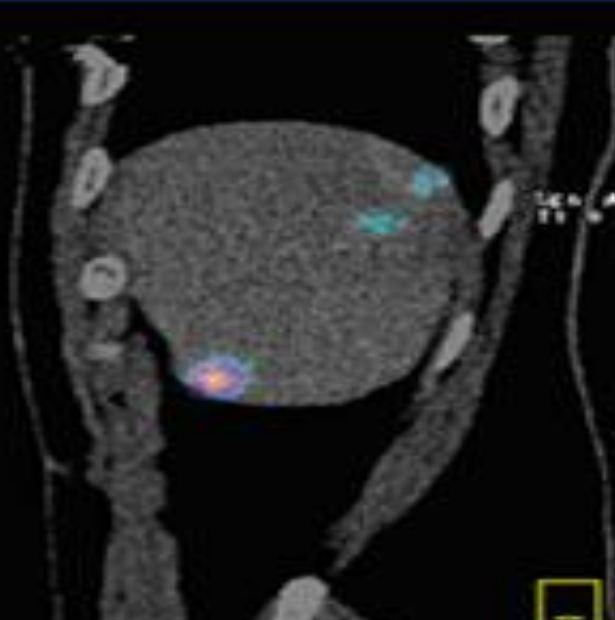
- Corticoides: dexametasona 2 mg/6 horas.
- Yodo: al menos dos horas después de tionamidas. Ác. Iopanoico (colegraf®) 1 g/12h. Si alergia al yodo: Litio (Plenur®) 300 mg/6h.

# INHIBICIÓN DE SÍNTESIS Y LIBERACIÓN.

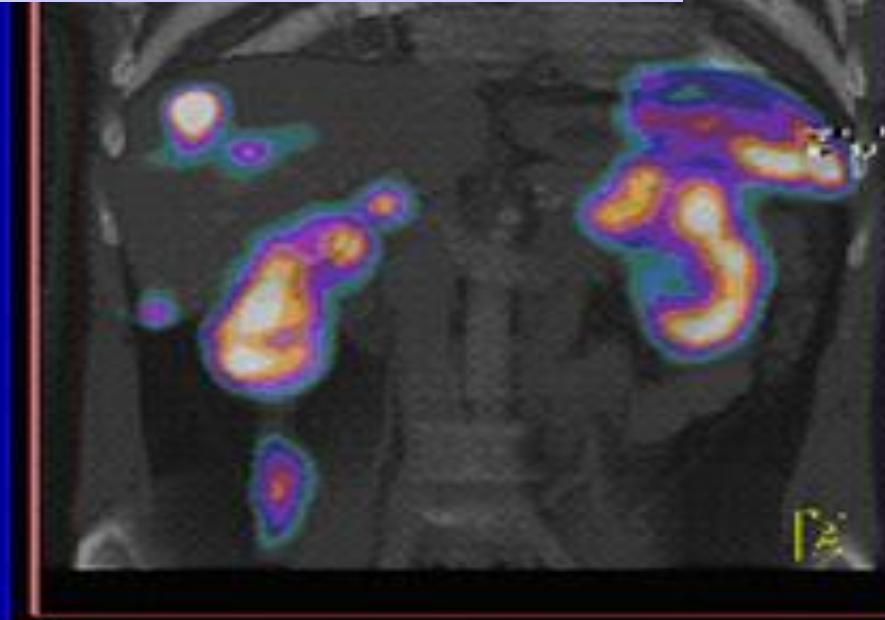
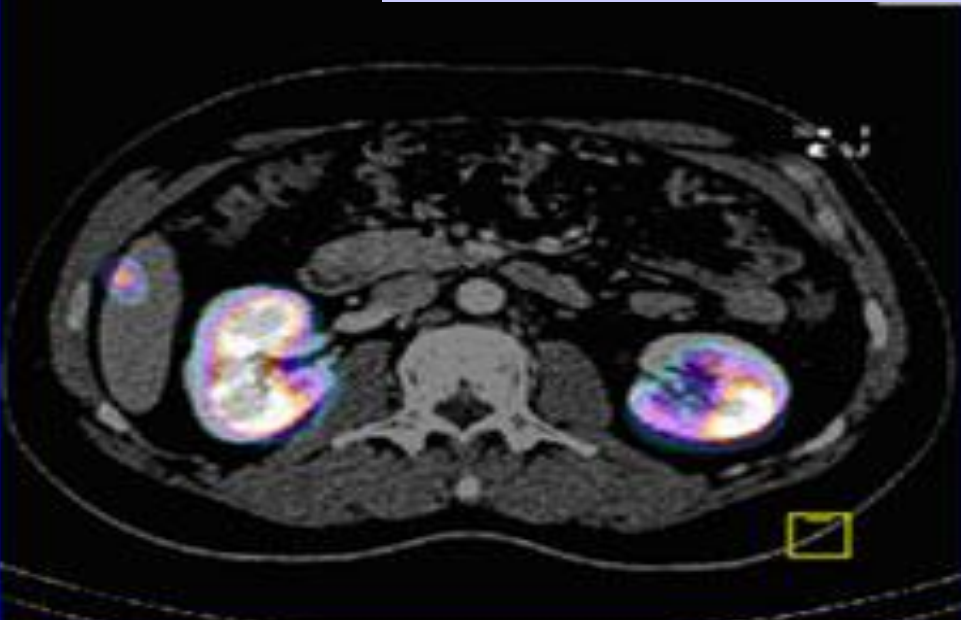
- Tionamidas: 45 mg/24 horas. (Tirodril 5 mg: 3-3-3).

# SI SOBRECARGA DE YODO O AMIODARONA.

- No suspender amiodarona hasta 3-4 días después.
- Perclorato potásico: 300 mg/8h o 150 mg/4-6h.



# CRISIS CARCINOIDE



# CUÁNDO SOSPECHARLA



# DATOS CLÍNICOS Y ANALÍTICOS

- Intenso flushing.
- Hipotensión arterial.
- Taquicardia.
- Disnea/Broncoespasmo.
- Diarrea/Deshidratación.

Datos analíticos.

Inespecíficos: hipoxemia por broncoespasmo,  
hipopotasemia e IRA por diarrea,  
hiperlactacidemia por hipoxia tisular....

# QUÉ HACER

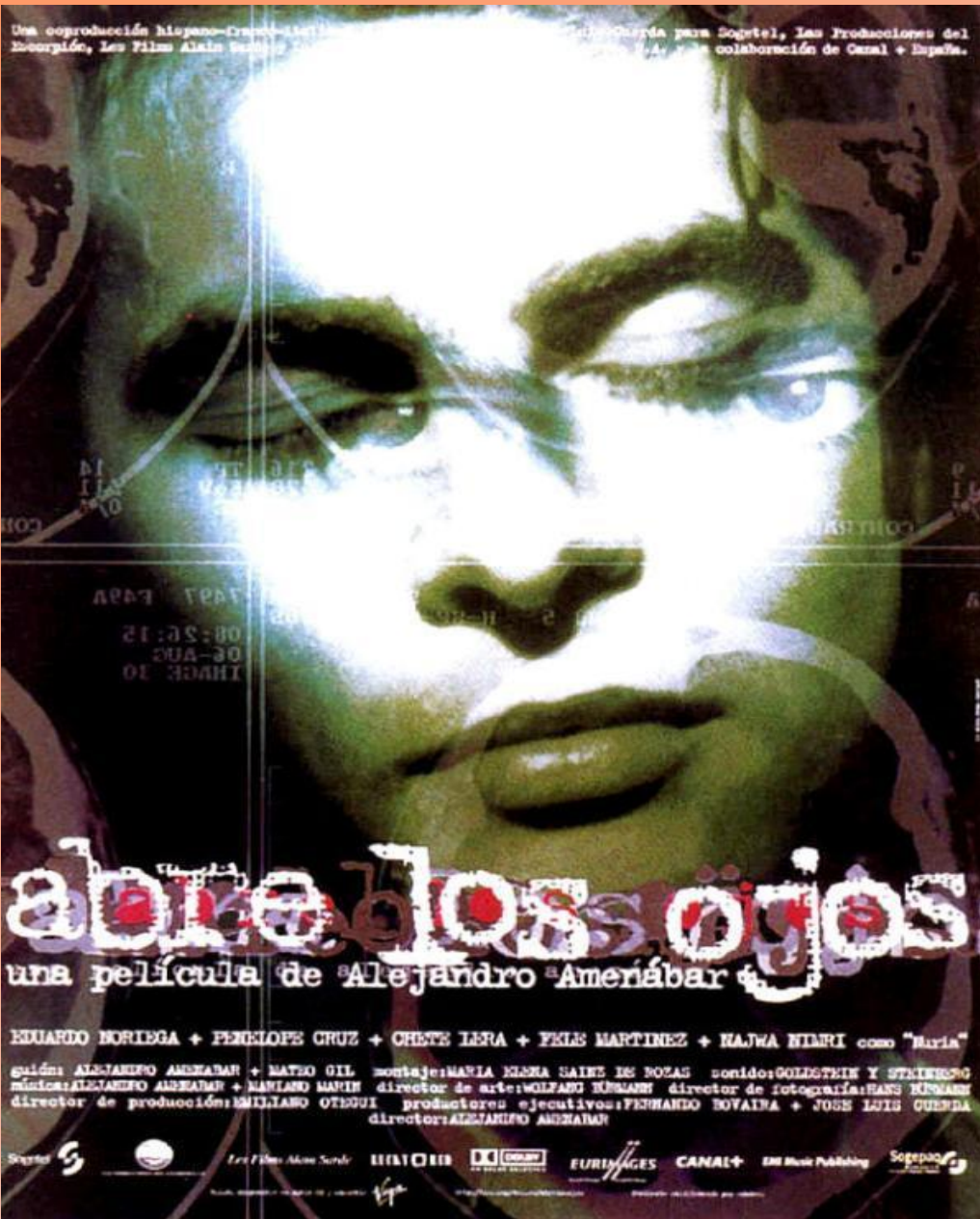
- Medidas de soporte:
  - Deshidratación: sueroterapia.
  - Broncoespasmo: actocortina 100 mg/8 h.  
Oxigenoterapia.
  - Flushing: polaramine 5 mg/6 h.
  - Diarrea: codeína 30 mg/6 h.
  - Hipotensión arterial: NO aminas vasoactivas:  
favorecen liberación de mediadores. Tto  
específico.

# TRATAMIENTO ESPECÍFICO.

- Perfusión iv de octeotride (Sandostatín®):  
50-200  $\mu\text{g}/\text{h}$  (amp de 50  $\mu\text{g}$ ):
  - 8 a 36 amp en 500 cc de SG5% a pasar en 8 horas.

## EN RESUMEN....

- Crisis suprarrenal: si piensas en ella **ACTÚA Y HAZLO RÁPIDO.**
- Mixedema: siempre **CORTICOIDES.**
- Tormenta tiroidea: medidas de soporte y **A POR LA T3.**
- Crisis carcinoide: **NUNCA** aminas vasoactivas.



MUCHAS  
GRACIAS.