

"Tratamiento de la Tiroiditis Subaguda"

Dr. Jaime Cortázar (*)

El extraordinario dolor espontáneo en zona tiroidiana, con irradiación múltiple y que en ocasiones llega hasta ambos oídos y hasta la mitad superior del tórax, constituye el motivo de consulta en la totalidad de los pacientes con tiroiditis subaguda que solicitan servicio médico. Quién haya tenido oportunidad de atender uno de estos casos, seguramente no olvidará que el paciente esquivaba la más suave palpación de su glándula tiroidea, ya que entonces el dolor se torna insuportable.

Sorprendentemente, estudios anatomopatológicos han mostrado el cuadro típico de tiroiditis subagudas en piezas quirúrgicas de pacientes que no presentaron en momento alguno preoperatorio el cuadro clínico correspondiente (1), con una frecuencia ligeramente superior al 50%. Se deduce de este hecho que la incidencia de la tiroiditis subaguda es, cuando menos, el doble de lo que pueda observarse en la práctica médica.

El tratamiento de la enfermedad en consideración está orientado fundamentalmente hacia la analgesia, y ésta únicamente se logra mediante agentes anti-inflamatorios poderosos, y no mediante analgésicos. En forma ocasional conviene disminuir los niveles de catecolaminas para disminuir la acción de grandes cantidades de hormonas tiroideas puestas en circulación debido al daño auto-inmune de la glándula tiroidea.

El presente estudio hace referencia al tratamiento de la tiroiditis subaguda mediante derivados químicos con acción glucocorticoide.

MATERIAL Y METODOS

Durante el lapso comprendido entre el 1º de Julio de 1956 y el 31 de Agosto

de 1967 fueron atendidos 34 pacientes —5 hombres y 29 mujeres— con tiroiditis subaguda en Consulta Privada de Endocrinología. Esta cifra corresponde a 1.5% de todos los pacientes atendidos en el mismo lapso, 2348. Por tratarse de una investigación terapéutica retrospectiva, fue necesario excluir 6 casos: 4 por haber llegado a consulta inicial en fase ya de remisión, y 2 por no haber cumplido cita alguna de control.

TIROIDITIS SUBAGUDA.

TRATAMIENTO.

TABULABLES EN EL PRESENTE ESTUDIO		28
EXCLUIDOS		6
SIN CONTROL		2
EN FASE DE REMISION		4

La agrupación por sexo y edad de los 28 pacientes restantes, es la siguiente:

Edad (años (Década))	M.	F.	Todos
10 a 19.9 (2ª)	—	2	2
20 a 29.9 (3ª)	1	6	7
30 a 39.9 (4ª)	1	7	8
40 a 49.9 (5ª)	1	7	8
50 a 59.9 (6ª)	1	2	3
Todas:	4	24	28

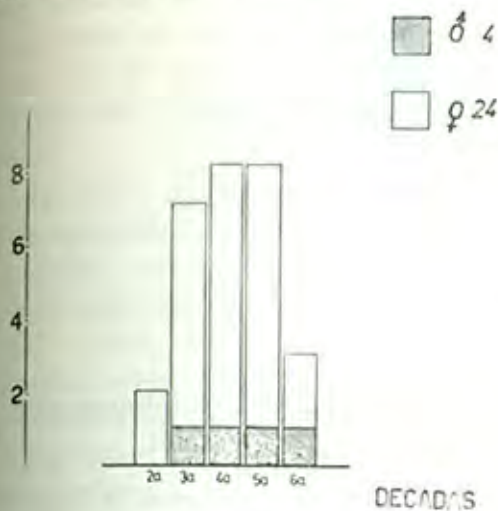
Corresponde a la siguiente gráfica:

(*) Miembro de Número, Sociedad Colombiana de Endocrinología.
Miembro Fundador de Número, Sociedad Bolivariana de Endocrinología.

(GRAFICA N° 1)

RESULTADOS

TIROIDITIS SUBAGUDA.
TRATAMIENTO.
PACIENTES; SEXO Y EDAD



El diagnóstico se estableció por estudio clínico completo y exámenes convencionales de laboratorio, incluyendo dosis diagnóstica de I-131. Excepcionalmente se consideró necesaria punción-biopsia. El tiempo de evolución de la enfermedad había sido menor de 50 días en 22 pacientes y mayor en 6. La gran mayoría consultó dentro de las dos semanas siguientes a la aparición del dolor.

Previo investigación de posibles contraindicaciones, se emplearon como fármacos la prednisona —14 casos—, la dexametasona —1 caso—, ambas per os, y el acetato del éster de 6-metilprednisolona —11 casos— por vía intramuscular. Las dosis fluctuaron entre 10 y 2.5 mg cada 8 horas para la prednisona, y entre 0.4 y 0.1 mg cada 8 horas para la dexametasona; fueron administradas siempre durante un tiempo mayor a 10 días, por lo general durante 3 semanas, y en dosis decreciente.

El acetato de 6-metilprednisolona se empleó en dosis única de 40 mg.

Invariablemente los tres fármacos empleados produjeron desaparición del dolor, en ocasiones dentro de las primeras 12 horas posteriores a su administración. Se consideró la mejoría como definitiva cuando transcurrieron dos meses sin que el paciente presentara nuevamente el síndrome, y como transitoria cuando precedió a una recidiva, lo cual ocurrió entre 5 y 25 días después de terminada la terapia. Desde este punto de vista 23 pacientes se mejoraron definitivamente y 5 en forma transitoria.

Ahora bien: si se considera el tiempo de evolución de la enfermedad, el cual fue muy cuidadosamente investigado en todos los casos, se observa que la mejoría definitiva se obtiene en pacientes con enfermedad relativamente reciente, y la recidiva se presenta en aquellos casos de mayor duración; lo anterior independientemente del fármaco empleado. Las recidivas pudieron ser controladas mediante glucocorticoide distinto al empleado como primer agente terapéutico.

En los pacientes que mejoraron definitivamente, el lapso entre la iniciación de la terapia y la mejoría fue de 2.1 ± 1.3 días (promedio ± 1 desviación standard) para los que recibieron prednisona, y de 3.1 ± 0.6 días para aquellos que recibieron acetato de 6-metilprednisolona. No se observó variación significativa en el promedio comentado, imputable a las diversas dosis iniciales de prednisona: mínima 5 mg cada 8 horas, máxima 10 mg cada 8 horas.

Tampoco se observó intolerancia alguna a las drogas empleadas.

En ningún caso tratado y controlado durante tiempo suficiente pudo comprobarse hipotiroidismo.

(TABLA N° 2)

TIROIDITIS SUBAGUDA.

TRATAMIENTO.

	TIEMPO DE EVOLUCION				TOTAL
	< 50 días		> 50 días		
	MEJORIA DEFINITIVA	RECIDIVA	MEJORIA DEFINITIVA	RECIDIVA	
PREDNISONA	12		1	1	14
6 METILPREDNISOLONA	8			3	11
DEXAMETASONA				1	1
RAYOS X	2				2
	22		1	5	28

En dos pacientes estaba contraindicada la terapia mediante glucocorticoides, por lesión ulcerosa digestiva: fueron tratados mediante rayos X.

COMENTARIO

No obstante que la incidencia de la tiroiditis subaguda es baja y que evoluciona hacia la curación espontánea, cuando se presenta dolor en la glándula es de tal severidad que hace imperioso su tratamiento. Quizás la única otra enfermedad tiroidiana tan exquisita y severamente dolorosa es la hemorragia intraquística en los stromas macrofoliculares del bocio involutivo de vieja data.

En relación a incidencia, si se compara la Consulta Privada de Endocrinología con la Sección de Endocrinología del Instituto Nacional de Cancerología, durante un mismo lapso, no se observa diferencia estadísticamente significativa: 1.5% y 2.3% en 2348 y 2984 pacientes, respectivamente, $P=0.45$. En cifras globales puede decirse que la incidencia es del 2%. La afección es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, como 6:1 a 8:1, preponderancia similar a lo observado en las de-

más enfermedades tiroidianas con la clara excepción del cáncer.

En relación a tratamiento es, de todos sabido lo indicado de la radioterapia convencional mediante rayos X: hace 10 años fue publicado entre nosotros estudio sobre 25 casos de tiroiditis subaguda (2), de los cuales fueron tratados exitosamente 21 de ellos mediante rayos X. Pero, obviamente, no en todos los sitios se dispone del equipo necesario, y el tratamiento mediante compuestos de acción glucocorticoide además de no ser ionizante es un procedimiento simple y fácil de llevar a cabo en cualquier medio. Actualmente no se indica la tiroidectomía en caso alguno de tiroiditis subaguda, contrastando con los años de 1930 a 1950, cuando casi la totalidad se trataban quirúrgicamente, por ejemplo 103 de 108 casos en la Clínica Mayo (3). La terapia mediante glucocorticoides desplazó a la cirugía mucho más que lo que había logrado en tal sentido la radioterapia, a partir de 1955 (4,5).

La mejoría obtenida tanto con prednisona como con acetato de 6-metilprednisolona es concluyente. Y se logra precisamente dentro de la 1ª fase de la enfermedad, la de gran daño tiroidiano

auto-inmune: los primeros dos meses, fase denominada de depresión por aglutinamiento (6.7) y curiosamente de hipertiroidismo por otros (8). La secuencia en la tiroiditis subaguda no tratada es: a) daño progresivamente mayor: dos meses; b) secuela del daño, sin recuperaciones: un mes; c) recuperación: 2 meses. Después del 5º a 6º meses la enfermedad, para todo efecto práctico, ha desaparecido.

De la serie de pacientes reportada, aquellos atendidos a partir de 1962 han sido tratados mediante una sola inyección intramuscular de 40 mg del acetato del éster de 6-metilprednisolona, sustancia excelentemente bien tolerada y cuya absorción lenta permite una acción terapéutica glucocorticoide suficientemente prolongada para controlar la enfermedad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se presentan 28 casos de tiroiditis subaguda, 4 en hombres y 24 en mujeres, atendidos en Consulta Privada durante un lapso de 11 años; de ellos 26 fueron tratados mediante drogas con acción glucocorticoide.
2. Se emplearon: a) prednisona per os, a dosis decreciente de 10 a 2.5 mg

cada 8 horas durante 10 a 30 días, en 14 casos; b) dexametasona per os, a dosis decreciente de 0.4 a 0.1 mg cada 8 horas durante 13 días, en 1 caso; c) acetato del éster de 6-metilprednisolona por vía intramuscular, a dosis única de 40 mg.

3. En 20 pacientes con tiempo de evolución de la enfermedad menor de 50 días, se obtuvo mejoría definitiva en todos ellos: 12 mediante prednisona y 8 mediante acetato de 6-metilprednisolona.
4. En 6 pacientes con tiempo de evolución de la enfermedad mayor de 50 días, se obtuvo solamente mejoría transitoria, mediante prednisona, dexametasona o acetato de 6-metilprednisolona; 5 de ellos presentaron franca recidiva, controlable mediante glucocorticoide distinto al empleado como primer agente terapéutico.
5. El autor considera como el método de elección en el tratamiento actual de la tiroiditis subaguda en fase inicial o de daño progresivo tiroidiano auto-inmune, la administración intramuscular de 40 mg de acetato del éster de 6-metilprednisolona, en una sola dosis.

BIBLIOGRAFIA

- 1—HARLAND, W.A.; and KNEELAND FRANTZ, V.: "Clinico-pathologic study of 261 surgical cases of so-called +Thyroiditis+". J. Clin. Endocrinol. & Metab. 16:1433, 1956.
- 2—GAITAN YANGUAS, M. y CORTAZAR, J.: "Tiroiditis subaguda (Análisis de 25 casos)" Rev. Soc. Colomb. Endocrinol. 1:177, 1956.
- 3—WOOLNER, L. B.; McCONAHEY, W.M. and BEAHR, O. H.: "Granulomatous thyroiditis (De Quervain's Thyroiditis)" J. Clin. Endocrinol. & Metab. 17:1202, 1957.
- 4—SKILLERN, P.G.; NELSON, H. E. and CRILE, G. Jr.: "Some new observations on subacute thyroiditis". J. Clin. Endocrinol. & Metab. 16:1422, 1956.

- 5—VOLPE, R.; JOHNSTON, M. W. and HUBER, N.: "Thyroid function in subacute thyroiditis". *J. Clin. Endocrinol. & Metab.* 18:65. 1958.
- 6—CZERNIAK, P. and HARELL-STEINBERG, A.: "Chronology of events in development of subacute thyroiditis, studied by radioactive iodine". *J. Clin. Endocrinol.* 22:100. 1956.
- 7—LAMBERG, B. A.; HINTZE, G.; JUSSILA, R. and BERLIN,,: "Subacute thyroiditis". *Acta Endocrinol.* 33:457. 1960.
- 8—VOLPE, R. et al. = Op. Cit. N° 5.