

## Tormenta tiroidea como diferencial de shock distributivo en postoperatorio inmediato de By-pass coronario: ¿Es pertinente screening pre-operatorio con TSH?

Nicolás Drolett San Francisco<sup>1\*</sup>, Rita Sanhueza Vicentelo<sup>2</sup>, Víctor Valdivia Urra<sup>2</sup>, Zoujair Salmen Halab<sup>2</sup>, Héctor Olguín Aguirre<sup>2</sup>, Javier Labbé Zuñiga<sup>3</sup>.

1. Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile. 2. UCI Coronaria. Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Gúzman, Antofagasta, Chile. 3. Pabellón cirugía cardíaca. Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta, Chile.

\*Correspondencia: dr.drolett@gmail.com

**Introducción:** El postoperatorio inmediato de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, se caracteriza por un conjunto de manifestaciones hemodinámicas multifactoriales debidas a fármacos vasoactivos intraoperatorios, sedantes-anestésicos, vasoplejía, adaptaciones cardiovasculares, fiebre postoperatoria, etc. Estas características hacen el diagnóstico de tormenta tiroidea difícil, una entidad endocrinológica rara asociada a una alta mortalidad. **Reporte del caso:** Paciente de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus consulta en el Hospital Regional de Antofagasta (HRA) por cuadro de 3 horas de evolución de dolor torácico opresivo, agudo, que no cede al reposo. Electrocardiograma: infradesnivel ST de pared anterior con elevación de enzimas cardíaca. Coronariografía: Coronaria derecha 100%, tronco coronario izquierdo 50%, descendente anterior 70%, circunfleja 100%. Se realiza cirugía de revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea. Postoperatorio inmediato intubado, dependiente de drogas vasoactivas (DVA) para mantener macrohemodinamia adecuada, noradrenalina en dosis altas y adrenalina en dosis moderada. En un inicio cursa con hemodinámica dentro de meta, no obstante, al transcurrir las horas se dificulta el destete de las DVA. Avanza de forma tórpida en su post operatorio inmediato. Con marcadores de microperfusión alteraos, acidosis metabólica y falla renal aguda. Su comportamiento en las primeras 12 horas (Tabla 1), sumado al antecedente de expectoración mucopurulenta y una procalcitonina en 33 mg/dl hacen plantear *shock séptico*. Paciente continua con deterioro clínico, dependiente de DVA, con episodios de fibrilación auricular, por tanto, se plantean diagnósticos diferenciales siendo el más probable tormenta tiroidea. Se solicitan nuevas hormonas: TSH **Discusión:** Desde el año 2016, la UCI coronaria del HRA agrega TSH en el estudio preoperatorio de los pacientes que serán sometidos a cirugía cardíaca, motivado por un caso previo similar al expuesto, pero con resultado fatal. A pesar de que la literatura no lo recomienda, los beneficios no son menores. Gracias a la evaluación preoperatoria más completa se han detectado pacientes con hipertiroidismo (e hipotiroidismo) permitiendo diferir la cirugía hasta la estabilización hormonal del paciente y tener mejores resultados. En caso que la cirugía sea inminente, el antecedente de tirotoxicosis nos alerta precozmente de una posible TT. **Conclusión:** Considerar TT como diagnóstico diferencial en paciente que se manifiesta con shock distributivo en el post operatorio de cirugía cardíaca.

**Tabla 1.** Curso hemodinámico en las primeras 12 horas post operatorias.

	1 HR POST OP	3 HRS POST OP	6 HRS POST OP	12 HRS POST OP
FC	87	94	110	123
PA	135/74	120/65	78/40	86/50
Temperatura	34.5	35.6	36.8	38
SAT O2	100	97	99	99
FR	16	16	17	13
PVC	17	15	16	19
PCP	18	16	13	16
IC/GC	3/5.3			3.9/6.9
RVS	1394			996