Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Lunes, 05 Octubre 2026 12:00
Escrito por: Sofia
Visitas: 1088

Cuatro sociedades europeas actualizan cómo reconocer y tratar la emergencia endocrinológica de mayor mortalidad.

# Manejo de las emergencias tiroideas: declaración de consenso conjunta sobre el manejo de la tormenta tiroidea

*Management of thyroid emergencies: joint consensus statement on management of thyroid storm*

*Taylor y col. European Thyroid Journal, 2026*

*Disculpe, su navegador no soporta audio.*
*Descargar* podcast: Manejo de las emergencias tiroideas: declaración de consenso conjunta sobre el manejo de la tormenta tiroidea

## Puntos de interés:

- Este documento de consenso proporciona recomendaciones prácticas para el reconocimiento y el tratamiento de la tormenta tiroidea.
- El diagnóstico sigue siendo clínico y los puntajes disponibles son ayudas estructuradas, no pruebas definitivas.
- El tratamiento combina medidas de soporte, betabloqueo, antitiroideos en dosis altas, corticoides y yodo, con especial atención a la secuencia de administración y a las contraindicaciones.

# Resumen:

La tormenta tiroidea es una emergencia endocrinológica infrecuente pero potencialmente mortal, caracterizada por tirotoxicosis extrema y disfunción multiorgánica. El reconocimiento precoz y un manejo rápido y coordinado son esenciales para reducir su elevada mortalidad. Esta declaración de consenso, elaborada por expertos en endocrinología y cuidados agudos, aporta recomendaciones prácticas para el diagnóstico y el tratamiento de la tormenta tiroidea. El diagnóstico sigue siendo clínico, apoyado por sistemas de puntuación validados como los criterios de Burch-Wartofsky y los de la Japanese Thyroid Association (JTA)/Japan Endocrine Society (JES), que además predicen los



Phoca PDF

resultados. El manejo requiere un abordaje multidisciplinario en ámbitos de cuidados intermedios o intensivos, que incorpore medidas de soporte, el tratamiento agresivo de los factores precipitantes y terapias dirigidas. Los tratamientos centrales incluyen el betabloqueo, los fármacos antitiroideos en dosis altas, los corticoides y el yoduro, con atención cuidadosa a los tiempos de administración y a las contraindicaciones. En la enfermedad refractaria pueden requerirse terapias adyuvantes, como colestiramina, litio, plasmaféresis y oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), así como la tiroidectomía en casos seleccionados. Esta guía también destaca la necesidad del tratamiento definitivo del hipertiroidismo subyacente una vez lograda la estabilización. Al sintetizar la evidencia actual y el consenso de expertos, este documento busca estandarizar la atención, apoyar la toma de decisiones clínicas y mejorar los resultados de los pacientes que se presentan con tormenta tiroidea.

## Puntos a destacar:

- Se trata de un **documento de consenso de expertos**. Dada la rareza de la entidad y el predominio de datos observacionales, no se llevó a cabo una evaluación formal de la evidencia.
- La tormenta tiroidea representa entre el **10 y el 16 % de las hospitalizaciones** por tirotoxicosis grave. La enfermedad de Graves es la etiología más frecuente, seguida del bocio multinodular tóxico y, con menor frecuencia, de las tiroiditis destructivas.
- Son factores de riesgo la edad avanzada, el hipertiroidismo de larga data o mal controlado y la falta de adherencia al tratamiento antitiroideo.
- Entre los factores precipitantes figuran infección, cirugía, trauma, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, parto, cetoacidosis diabética y la exposición a contrastes yodados.
- La **mortalidad** informada varía entre el 8 % y más del 30 % según la definición de caso. El shock cardiogénico dentro de las primeras 48 horas se asoció de manera independiente con la mortalidad (OR 9,43). La coagulación intravascular diseminada se reconoce cada vez más como complicación grave.
- El **diagnóstico es clínico**: No existe un valor hormonal ni una prueba específica que separe la tirotoxicosis grave de la tormenta tiroidea. Los puntajes de Burch-Wartofsky (<25 puntos hacen improbable el diagnóstico, 25-44 sugiere crisis inminente y ≥45 resulta altamente sugestivo) y los criterios JTA/JES (tormenta definida TS1 o sospechada TS2, que exigen tirotoxicosis bioquímica) son adjuntos útiles y además predicen mortalidad y estadía hospitalaria.


Phoca PDF

- Ninguno de los dos sistemas fue validado contra un patrón de referencia. El puntaje de Burch-Wartofsky, por su fuerte peso en fiebre y frecuencia cardíaca, puede **sobrestimar** el diagnóstico en pacientes críticos con sepsis o shock cardiogénico, mientras que la estructura categórica de los criterios japoneses puede **subdiagnosticar** presentaciones incompletas o en evolución. Los autores insisten en que deben usarse como ayuda y no como instrumentos diagnósticos definitivos: el juicio clínico, la trayectoria del deterioro y la respuesta al tratamiento siguen siendo centrales.
- En pacientes **añosos** la presentación puede ser atípica, con escasas manifestaciones adrenérgicas ("hipertiroidismo apático"), taquicardia atenuada y síntomas inespecíficos, por lo que se requiere un alto índice de sospecha.
- Entre los diagnósticos diferenciales se enumeran sepsis, encefalitis o meningitis, encefalopatía hipertensiva, toxicidad por simpaticomiméticos y síndrome neuroléptico maligno.
- El manejo debe realizarse en **unidad de cuidados intermedios o intensivos** ante inestabilidad clínica o disfunción orgánica. Las medidas generales incluyen abordaje multidisciplinario, aviso temprano al equipo quirúrgico por la eventual necesidad de tiroidectomía de urgencia, enfriamiento, paracetamol, fluidos intravenosos y tratamiento agresivo de la causa precipitante. Se recomienda test de embarazo en toda mujer en edad fértil, monitoreo estrecho de la glucemia, soporte nutricional con reposición de tiamina y clorpromazina 50–100 mg IM, si se requiere sedación. La **aspirina debe evitarse** porque desplaza a las hormonas tiroideas de sus proteínas transportadoras y eleva transitoriamente la T4 y la T3 libres.
- En cuanto al **betabloqueo**, se recomienda propranolol 60–80 mg cada 4 horas, dosis que además reduce la conversión periférica de T4 a T3. Ante inestabilidad hemodinámica, sospecha de miocardiopatía tirotóxica o shock cardiogénico en evolución se prefiere **esmolol intravenoso** por su vida media corta y su titulabilidad; el diltiazem es una alternativa cuando los betabloqueantes están contraindicados. La elección del agente debe individualizarse, ya que estudios de cohorte más recientes no mostraron diferencias de mortalidad entre propranolol y los beta1-selectivos.
- Los **antitiroideos** se indican en dosis altas: metimazol 60–80 mg/día o carbimazol 80–100 mg/día, o bien propiltiouracilo con carga de 500–1000 mg seguida de 250 mg cada 4 horas. Datos observacionales en pacientes críticos no demostraron ventaja en mortalidad del propiltiouracilo pese a su bloqueo adicional de la conversión periférica, por lo que, ante disfunción hepática significativa (enzimas o bilirrubina por encima de tres veces el límite superior normal) se prefiere metimazol/carbimazol. La


Phoca PDF

dosis debe reducirse apenas sea posible. Como adyuvantes se mencionan: colestiramina 4 g tres veces por día y, con precaución y consulta especializada, el litio.

- Los **corticoides** se administran como hidrocortisona intravenosa con carga de 100 mg seguida de 50 mg cada 6 horas; reducen la conversión de T4 a T3 y pueden ser especialmente útiles cuando la causa es la enfermedad de Graves. Debe vigilarse el potasio sérico, ya que las dosis altas pueden precipitar parálisis periódica tirotóxica en pacientes de riesgo.
- El **yodo** debe administrarse recién **una hora después** de los antitiroideos, dado que de lo contrario la tirotoxicosis podría empeorar: solución de Lugol 8 gotas cuatro veces por día o solución saturada de yoduro de potasio 5 gotas cuatro veces por día, diluidas por su efecto irritante local, y suspendiéndolas una vez estabilizado el paciente. Es útil cuando hay síntesis hormonal aumentada (Graves, bocio multinodular tóxico), pero no en las tiroiditis destructivas ni en la tirotoxicosis facticia. Su uso obliga a diferir el radioyodo al menos 2–3 meses.
- **La mejoría marcada suele observarse dentro de las 24 a 72 horas.** Los indicadores de respuesta son la resolución de la hipertermia, el descenso de la frecuencia cardíaca, la estabilidad hemodinámica, la recuperación del estado mental y la mejoría gastrointestinal; la **TSH no debe usarse para evaluar la respuesta temprana.** La falta de estabilización en 24–48 horas obliga a reevaluar factores precipitantes persistentes, absorción inadecuada del fármaco, miocardiopatía o necesidad de escalar el tratamiento.
- Para la enfermedad **refractaria** se propone un escalonamiento estructurado: Optimizar la primera línea, agregar medidas adyuvantes (colestiramina, intensificación de corticoides) y, si persiste la inestabilidad, recurrir a plasmaféresis, tiroidectomía de urgencia en centros especializados o ECMO venoarterial ante shock cardiogénico refractario. El perclorato y el ácido iopanoico quedan reservados a centros con experiencia por su disponibilidad limitada.
- Por último, el documento remarca que, una vez estabilizado el paciente, debe definirse el **tratamiento definitivo del hipertiroidismo** —preferentemente tiroidectomía o radioyodo— y discutirlo antes del alta.

*Copyright 2026. Endoweb.net*



Phoca PDF