

# Vómito tirotóxico. A propósito de un caso

## Thyrotoxic vomiting. A case report

Miguel Pinto-Valdivia <sup>1,4,a</sup>, Rosa María Ramírez-Vela <sup>2,b</sup>, José Luis Pinto-Valdivia <sup>3,4,c</sup>

### RESUMEN

Náusea y vómitos persistentes, como síntoma principal de presentación de la enfermedad, es raro en hipertiroidismo. Se reporta el caso de una mujer de 76 años, que acudió por presentar náusea, vómitos persistentes y dolor abdominal. Al ingreso, se halló taquicardia, fiebre, edema de miembros inferiores, bocio difuso y abdomen doloroso a la palpación. Se realizó ecografía abdominal, endoscopia alta y tomografía abdominal que no mostraron alteraciones significativas. Inicialmente, se plantearon los diagnósticos de infección urinaria complicada y luego colangitis infecciosa; sin embargo, el uso de antibióticos y antieméticos no mejoraron el cuadro de vómitos. Finalmente, se determinaron hormonas tiroideas resultando TSH suprimido y T4 libre y T3 total elevados. Los vómitos cesaron con la administración de propranolol y tiamazol. La paciente fue dada de alta sin molestias. No se conoce el mecanismo fisiopatológico; sin embargo, el uso de beta-bloqueadores y tionamidas resuelve rápidamente el cuadro.

**PALABRAS CLAVE:** Hipertiroidismo, tirotoxicosis, vómitos, glándula tiroides. (**Fuente:** DeCS BIREME).

### SUMMARY

Nausea and vomiting, as the main presenting symptoms, are rare manifestations of hyperthyroidism. We report the case of a 76-year old woman complaining of nausea, vomiting and abdominal pain. The physical examination at admission revealed tachycardia, fever, edema, diffuse goiter, and a painful abdomen. An extensive work-up was carried-out, that included abdominal ultrasound, upper endoscopy and abdominal CT-scan that were unrevealing. The initial diagnoses were complicated urine tract infection and cholangitis; however, the use of antibiotics and antiemetics did not resolve the symptoms. Finally, thyroid hormone dosage showed suppressed TSH and high levels of free thyroxine and triiodothyronine. Vomiting ceased soon after the administration of propranolol and methimazole. The patient was discharged without complaints. The pathogenesis of vomiting in patients with hyperthyroidism is unknown, but treatment with beta-blockers and thionamides quickly resolved the symptoms.

**KEYWORDS:** Hyperthyroidism; Thyrotoxicosis; vomiting; thyroid gland. (**Source:** MeSH NLM).

---

<sup>1</sup> Servicio de Endocrinología, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.  
<sup>2</sup> Servicio de Emergencia, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.  
<sup>3</sup> Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.  
<sup>4</sup> Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.  
<sup>a</sup> Médico endocrinólogo  
<sup>b</sup> Médica nefróloga  
<sup>c</sup> Médico gastroenterólogo

**REPORTE DE CASO / CASE REPORT****INTRODUCCION**

La tirotoxicosis es un síndrome clínico que ocurre por exceso de hormonas tiroideas, siendo la causa más común la enfermedad de Graves (EG) (1). Los síntomas clásicos incluyen pérdida de peso, intolerancia al calor, nerviosismo, temblor, debilidad muscular, disnea al esfuerzo y palpitaciones (2). Además, otros síntomas gastrointestinales frecuentes son hiperfagia, hiperdefecación, diarrea y dispepsia (3).

Tradicionalmente, el vómito no ha sido considerado un síntoma frecuente de la presentación del hipertiroidismo (4); sin embargo, en algunos casos los vómitos persistentes se presentan como síntoma predominante al momento del diagnóstico (5,6).

En el año 2006, reportamos una paciente de 59 años que acudió por presentar náusea, vómitos persistentes y dolor abdominal; asociados a elevación de hormonas tiroideas y supresión de TSH. De manera similar, los síntomas cedieron rápidamente con el uso de metimazol y propranolol (7).

Se describe el caso de una paciente que acudió a nuestro Hospital por vómitos persistentes asociados a hipertiroidismo descompensado.

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Mujer de 76 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial de dos meses de diagnóstico, en tratamiento regular con metformina y losartán, quien acudió al servicio de Emergencia con un cuadro de náusea, vómitos persistentes, dolor abdominal en epigastrio y pérdida de peso (15 kilos en tres meses). En los dos meses previos, había consultado varias veces por náusea y vómitos que calmaban de manera transitoria con dimenhidrinato vía oral.

Al ingreso, el examen físico mostró PA 130/70 mm Hg, FC 120 latidos/minuto, FR 28 respiraciones/minuto y temperatura oral 39° C. La piel caliente y húmeda, edema moderado en ambas piernas y bocio (2N) a predominio del lóbulo tiroideo izquierdo. El abdomen era doloroso a la palpación profunda y no había signos de irritación peritoneal.

Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitos 6980/mm<sup>3</sup>, hemoglobina 17 g/dl, creatinina 0,2 mg/dl, glucosa 118 mg/dl, sodio 143 mEq/l, potasio 2,87 mEq/l, calcio 8,1 mg/dl, TGO 168 UI/l, TGP 102

UI/l y amilasa 30 UI/l. El sedimento de orina mostró leucocituria 8-12 leucocitos por campo y hematuria 6-8 hematíes por campo. Con estos resultados, se planteó el diagnóstico de sepsis por infección urinaria con intolerancia oral y se inició tratamiento con ceftriaxona 2g EV c/24h, dimenhidrinato 50 mg EV c/8h y omeprazol 40 mg EV c/24h. La radiografía de tórax mostró cardiomegalia leve sin infiltrados pulmonares; el electrocardiograma, taquicardia sinusal y bloqueo completo de rama derecha y la ecografía abdominal fue informada normal.

A pesar del tratamiento instaurado, la paciente persistía con náusea, vómitos y dolor abdominal difuso. En la reevaluación del caso, debido al dolor abdominal, fiebre y elevación de transaminasas y bilirrubinas; se planteó el diagnóstico de colangitis infecciosa y se agregó metronidazol 500 mg EV c/8h. Se realizó endoscopia alta que mostró eritema antral sin úlcera y tomografía abdominal que reveló divertículos no complicados en colon. El urocultivo tomado al ingreso fue negativo.

Después de cinco días de tratamiento, la fiebre y dolor abdominal desaparecieron y los niveles de transaminasas disminuyeron (TGO 109 UI/l y TGP 73 UI/l); sin embargo, la paciente persistía con vómitos. Debido al hallazgo de bocio al ingreso, se realizó ecografía tiroidea que mostró agrandamiento difuso de la glándula tiroidea con presencia de múltiples nódulos heterogéneos menores de 10 mm (sólidos y quísticos); también se halló TSH <0,004 mIU/dl (VN: 0,4-4), T4 libre >6,0 ng/dl (VN: 0,8-1,9) y T3 total 279 ng/dl (VN: 82-179). Con estos resultados, se inició tiamazol 10 mg VO c/24h y propranolol 20 mg VO c/8h. Los vómitos cesaron después de tres días de tratamiento.

La paciente fue dada de alta sin presentar molestias. Después de tres meses, la paciente había recuperado 10 kilos de peso, no presentaba náusea o vómitos y sus controles de TSH y T4 libre fueron 1,1 mIU/dl y 1,7 ng/dl, respectivamente. La paciente no aceptó recibir yodo radioactivo y continuó con tiamazol 20 mg VO c/24h.

**DISCUSIÓN**

La tirotoxicosis es frecuente en la población general; especialmente, en las mujeres. Los síntomas clásicos son fácilmente reconocidos por los médicos; sin embargo, las presentaciones atípicas pueden retrasar el diagnóstico; especialmente, en los pacientes ancianos (8). Clásicamente, los síntomas

**REPORTE DE CASO / CASE REPORT**

gastrointestinales más frecuentes al momento del diagnóstico del hipertiroidismo son la hiperdefecación y la pérdida de peso (9).

En nuestro hospital, en un estudio retrospectivo, en pacientes ambulatorios se encontró que los síntomas más frecuentes al momento del diagnóstico de hipertiroidismo fueron tremor, palpitaciones, pérdida de peso, intolerancia al calor e hiperdefecación; náusea y vómitos fueron mencionados solo en 2,7% de los casos (10). Sin embargo, en pacientes hospitalizados por tirotoxicosis, la frecuencia de náusea y vómitos es diferente.

Harper (9) reportó que al ingreso, 44% de los pacientes presentaron vómitos, 28% náusea y 20% dolor abdominal; en 36% de los casos, uno o más de estos síntomas fue la molestia principal. En años recientes, otro estudio retrospectivo encontró que 20% de los pacientes recién diagnosticados de hipertiroidismo, durante su estancia hospitalaria, presentaron náusea y vómitos (11).

En 1976, Rosenthal y col (5), describieron por primera vez siete casos de vómito tirotóxico, como síntoma principal del hipertiroidismo. Hasta el año 2010, se habían reportado 34 casos en la literatura anglosajona (12). En general, la mayoría de casos fueron mujeres y la edad media fue 46 años; otros síntomas asociados fueron pérdida de peso, hiporexia y dolor abdominal (3,7).

El mecanismo fisiopatológico del vómito tirotóxico, no se ha determinado con certeza. Inicialmente, se planteó que el exceso de hormonas tiroideas circulantes estimula de manera directa el centro quimiorreceptor del cerebro (1,5); sin embargo, también se ha planteado que la hipomagnesemia, causada por el exceso de hormonas tiroideas, afectaría de manera directa a la musculatura lisa del esfínter pilórico o alteraría la inervación autonómica del tracto gastrointestinal superior; provocando un peristaltismo inverso del tracto gastrointestinal superior (3). Otro posible mecanismo sería el incremento de la actividad beta adrenérgica por aumento del número de receptores (1,3), lo cual explicaría la rápida mejoría de los síntomas con el uso de beta-bloqueadores, aún antes de normalizar los niveles de hormonas tiroideas (4,12).

El vómito no es un síntoma frecuente de presentación del hipertiroidismo; sin embargo, debemos considerar el diagnóstico de vómito tirotóxico en aquellos

casos de vómitos persistentes sin causa aparente; especialmente, en pacientes ancianos (13).

**Declaración de Conflicto de Intereses:**

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar

**Contribución de autoría:**

MPV: Redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final del artículo; RMRV: Atención de la paciente, recolección y obtención de resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final del artículo; JLPV: Revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final del artículo.

**Correspondencia:**

Miguel Pinto Valdivia  
Servicio de Endocrinología, Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima, Perú)  
Avenida Honorio Delgado 262, Lima 31, Perú  
Teléfono: +511 992706110  
Fax: +511 4814177  
Email: miguelpinto72@yahoo.com

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Hoogendoorn EH, Cools BM. Hyperthyroidism as a cause of persistent vomiting. *Neth J Med.* 2004; 62: 293-6.
2. Brent GA. Clinical practice. Graves' disease. *N Engl J Med.* 2008; 358: 2594-605.
3. Shim S, Ryu HS, Oh, HJ, Kim YS. Thyrotoxic vomiting: a case report and possible mechanisms. *J Neurogastroenterol Motil.* 2010; 16: 428-32.
4. Chen P, Chen HF, Tan SW, Su MC, Ng KW, Jiang CF. Severely sustained vomiting as the main symptom in a man with thyrotoxicosis. *J Chin Med Assoc.* 2003; 66: 311-4.
5. Rosenthal FD, Jones C, Lewis SI. Thyrotoxic vomiting. *BMJ.* 1976; 2: 209-11.
6. Dreyfuss AI. Protracted epigastric pain and vomiting as a presentation of thyrotoxicosis. *J Clin Gastroenterol.* 1984; 6: 435-6.
7. Pinto M, Villena J, Corigliano S, Pinto JL. Thyrotoxic vomiting: Uncommon symptom of hyperthyroidism. A case report. *Rev Med Hered.* 2006; 17: 55-7.
8. Campbell K, Doogue M. Evaluating and managing patients with thyrotoxicosis. *Aust Fam Physician.* 2012; 41: 564-72.

**REPORTE DE CASO / CASE REPORT**

---

9. Harper MB. Vomiting, nausea, and abdominal pain: unrecognized symptom of thyrotoxicosis. *J Fam Pract.* 1989; 29: 382-6.
10. Cieza-Diaz D, Centeno-Clemente C, Pinto-Valdivia, M. Clinical Characteristics, thyroid function profile and autoimmune markers in patients with Graves' disease. *Rev Med Hered.* 2008; 19: 152-7.
11. Rotman-Pikielny R, Borodin O, Zissin R, Ness-Abramof R, Levy Y. Newly diagnosed thyrotoxicosis in hospitalized patients: clinical characteristics. *QJM.* 2008; 101: 871-4.
12. Chen LY, Zhou B, Chen ZW, Fang LZ. Case report: Recurrent severe vomiting due to hyperthyroidism. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2010; 11: 218-20.
13. Boelaert K. Thyroid dysfunction in the elderly. *Nat Rev Endocrinol.* 2013; 9: 194-204.

Recibido: 06/08/2014 Aceptado: 15/12/2014
--