

CASO CLÍNICO

Hipotiroidismo y falla renal: reporte de caso y revisión de la literatura

Patricia Reyes R. MD¹, Andrés Flórez R. MD², Alejandra Rivera B. MD³

¹Médica Internista Endocrinóloga, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá DC. Colombia.

²Médico Internista. Residente endocrinología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá DC. Colombia.

³Médica Internista. Residente endocrinología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá DC. Colombia.

Fecha de recepción: 22/06/2017

Fecha de aceptación: 30/07/2017

Resumen

El hipotiroidismo es una enfermedad común en la práctica diaria, estados severos pueden afectar cualquier órgano, incluso el riñón. Presentamos el caso de un paciente masculino de 35 años, con un cuadro clínico consistente en edema palpebral y de miembros inferiores, astenia y adinamia, quien consultó al servicio de urgencias, donde se documentó creatinina en 2,1 mg/dl, parcial de orina normal, no uso de nefrotóxicos, ni antecedentes de importancia. Se solicitaron estudios, descartando diabetes, hiperuricemia, enfermedades autoinmunes o alteraciones estructurales. Por sintomatología referida por el paciente, se solicitó TSH en 1.200 μ U/mL. Se consideró nefropatía secundaria a hipotiroidismo y se inició suplencia hormonal. Se confirmó autoinmunidad tiroidea, seguimiento con disminución progresiva de la creatinina (1,23 mg/dl) y la TSH (2 μ U/mL).

Conclusiones: Los cambios renales en el hipotiroidismo son secundarios a compromiso directo a nivel glomerular (disminución de la expresión de vasodilatadores renales y formación de inmunocomplejos) y tubular (reducción acción Na⁺/K⁺ ATPasa, intercambiador Na⁺/H⁺ y aumento en la reabsorción de agua). Y efectos indirectos asociados a los cambios hemodinámicos; Aumento de la resistencia vascular periférica y disminución del gasto cardiaco. Nuestro paciente es un reflejo del compromiso de la tasa de filtración glomerular (TFG) en el hipotiroidismo severo y la reversión de la disfunción renal con el tratamiento.

Palabras clave: Tiroides, riñón, hipotiroidismo, enfermedad renal crónica.

Introducción

El hipotiroidismo es una patología frecuente en la práctica diaria que, en estados severos, puede comprometer la función de múltiples órganos. El riñón, desde la embriogénesis, está influenciado por los niveles de hormonas tiroideas que, tanto en el hipertiroidismo como en el hipotiroidismo, afectan la función glomerular y tubular, por efectos directos o indirectos. Presentamos el caso de un paciente de género masculino que debutó con síntomas de hipotiroidismo y creatinina elevada, con TSH en 1200 μ U/mL⁽¹⁾, en quien se descartaron otras causas de nefropatía, y se observa mejoría de la función renal con la suplencia hormonal. Al final del artículo se realiza una revisión del tema en relación con las alteraciones renales asociadas a hipotiroidismo.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 35 años, con cuadro clínico de varios días de evolución consistente en edema palpebral y de miembros inferiores, astenia, adinamia, estreñimiento e incremento progresivo del peso. Al examen físico IMC 27 con fascias abotagadas y bocio grado 2. Consulta a urgencias, en donde encuentran creatinina en 2 mg/dl y parcial de orina normal, con densidad urinaria y pH normales; niega uso de nefrotóxicos, sin infecciones recientes, no antecedente de hipertensión arterial, ni otros antecedentes de importancia. Es valorado por nefrología y se solicitan estudios; ácido úrico normal, glucemia y hemoglobina glucosilada normales, microalbuminuria/creatinuria normal, ANAS negativos, ecografía renal y vías urinarias sin alteraciones en parénquima renal, ni patología prostática. Por sintomatología referida, se solicita TSH, que se encuentra en 1.200 μ U/mL (resultado reconfirmado en laboratorio); se considera nefropatía secundaria a hipotiroidismo; se solicita concepto de endocrinología e inicia levotiroxina 125 μ g/día (1,4 μ g/kg). Es valorado por nuestro servicio dos meses después de iniciar el tratamiento con TSH en 191 μ U/mL, creatinina en 1,6 mg/dl, colesterol total 383 mg/dl, HDL 40 mg/dl, LDL 209 mg/dl, sodio 138 meq/L y mejoría de la sintomatología. Se aumenta dosis de levotiroxina a 175 μ g/día, y continúa simvastatina más ezetimibe indicada por medicina interna, trae anticuerpos antitiroglobulina en 4.000 UI/mL y ecografía de tiroides con bocio difuso. En último control por nuestro servicio