



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

797 - ALTERACIONES TIROIDEAS Y REPERCUSIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN COVID: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P. González Bores, C. Baldeón Conde, Z. Salmón González, N. Puente Ruiz, R. Parra Fariñas, Á. García Tellado y S. de la Roz Fernández

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Objetivos: La enfermedad tiroidea es muy frecuente en la población general, hipotiroidismo especialmente pero también hipertiroidismo. Está ampliamente demostrada la asociación entre enfermedades virales y alteraciones tiroideas como la tiroiditis (actualmente hay descritos varios casos de tiroiditis subaguda de Hashimoto relaciona con infección COVID-19) y la presencia de síndrome eutiroideo enfermo en pacientes graves por desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides. Además, la glándula tiroidea expresa ECA-2, cuya función es ampliamente conocida en la patogenia de la enfermedad por COVID-19 por lo que se ha debatido sobre la posibilidad de enfermedad tiroidea asociada a la gravedad de la infección SARS-CoV-2. Por este motivo decidimos estudiar la patología tiroidea en pacientes ingresados por infección SARS-CoV-2, tanto antecedentes como alteraciones de la función del tiroides durante el ingreso.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados por infección SARS-CoV-2 en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla durante la “segunda ola”, desde septiembre a diciembre de 2020. El análisis estadístico se realizó con SPSS-v25. Tomamos como referencia niveles de TSH de 0,4 a 4,5 mU/L y de T4 de 0,8 a 1,76 mU/mL.

Resultados: Se obtienen un total de 215 pacientes con las características descritas en la tabla 1. La mayoría de nuestros pacientes presentaban infección grave (con neumonía) y elevación de las reacciones de fase aguda, como se describe en la tabla 2. Como se muestra en la tabla 3, entre nuestros pacientes la prevalencia de enfermedad tiroidea (tanto hipo como hipertiroidismo) es similar a la descrita en la bibliografía. La evolución no es peor en los pacientes con elevación de TSH al ingreso: de los 39 pacientes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) 6 presentaban alteraciones tiroideas ($p = 0,7$) y de los 28 pacientes que fallecieron solamente 2 tenían disregulación tiroidea ($p = 0,9$). En ningún paciente se diagnosticó tiroiditis.

Tabla 1. Características clínicas

Pacientes	215
Edad	70,2 (DE 16,3)
Sexo	Hombre 44,7 % (96) / Mujer 55,3 % (119)
Fumador	
Fumador activo	6 % (13)
Exfumador	63,3 % (136)
No fumador	30,7 % (66)
Alcohol	
Bebedor activo	12,6 % (27)
Exbebedor	83,3 % (179)
No bebedor	4,2 % (9)
Hipertensión arterial	60,9 % (131)
Diabetes Mellitus	24,7 % (53)
Dislipemia	47 % (101)
Obesidad	34 % (73)
Enfermedad cardiovascular	28,4 % (61)
Ictus	28,4 % (61)
Deterioro cognitivo	21,9 % (47)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11,6 % (25)
Asma	8,4 % (18)
Enfermedad hepática	7,9 % (17)
Enfermedad renal crónica	20 % (43)
Neoplasia activa	8,4 % (18)
Antecedente de neoplasia	13,5 % (29)
Enfermedad reumatológica sistémica	5,1 % (11)
Inmunosupresión de otra causa	11,6 % (25)
Enfermedad tiroidea previa	4,6 % (10)
Hipotiroidismo	2,8 % (6)
Hipertiroidismo	1,8 % (4)
Pacientes con tratamiento previo	2,3 % (5)

Tabla 2. Evaluación de gravedad

Neumonía	76,3 % (164)
Progresión radiológica	32,1 % (69)
Empeoramiento clínico durante el ingreso	35,8 % (77)
Oxigenoterapia durante el ingreso	64,2 % (138)
Ingreso en cuidados intensivos	18,1 % (39)
Aminas	7,4 % (16)
Ventilación mecánica	13 % (28)
Exitus	13 % (28)
Estancia hospitalaria	16,4 (DE 45,9)
Estancia en cuidados intensivos	25,6 (DE 62,1)
Tiempo desde el ingreso hasta el exitus	14,8 (DE 15,9)
Elevación IL-6 (> 40 pg/ml)	18,6 % (40)

Tabla 3. Descripción función tiroidea y manejo

Solicitud TSH al ingreso	90,2 % (194)
Solicitud T4 al ingreso	70,7 % (152)
Solicitud TSH al alta	86 % (185)
Criterio hipertiroidismo	9,3 % (20)
Hipertiroidismo clínico	0
Hipertiroidismo subclínico	9,3 % (20)
Criterio hipotiroidismo	3,7 % (8)
Hipotiroidismo clínico	0
Hipotiroidismo subclínico	3,7 % (8)
Criterio eutiroideo enfermo	29 % (63)
Determinación de ACTH	0
Determinación de cortisol	1 % (2)
Solicitud estudio autoinmune	1,4 % (3)
Realización ecografía	1 % (2)
Diagnóstico de tiroiditis	0
Inicio de tratamiento enfermedad tiroidea	2,8 % (6)
Derivación a Endocrinología	4,2 % (9)

Conclusiones: Hasta el momento no puede describirse una asociación causal entre disfunción tiroidea e infección SARS-CoV-2, ni para la infección ni para la presencia de complicaciones y/o mortalidad. Las alteraciones de las pruebas tiroideas son transitorias y en la mayoría de los casos no requieren tratamiento. Puede que no sea necesaria la monitorización de la función del tiroides en estos enfermos a menos que existan otros marcadores de enfermedad tiroidea.

Bibliografía

1. Blanco VM, Aristizabal-Henao N, Aguilar-Londoño C, Torres-Grajales JL. COVID-19 y tiroides. Revisión de la literatura y recomendaciones para pacientes con enfermedad tiroidea. Rev CES Med. 2020; Especial COVID-19: 78-85.
2. Scappaticcio L, Pitoia F, Esposito K, Piccardo A, Trimboli P. Impact of COVID-19 on the thyroid gland: an update. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders. Nov 2020. doi.org/10.1007/s11154-020-09615-z
3. Khoo B, Tan T et al. Thyroid Function Before, During, and After COVID-19. J Clinical Endocrinol Metab. 2020.
4. Posicionamiento del Área de Conocimiento de Tiroides de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 sobre las enfermedades tiroideas.
5. Rosenfarb J. Enfermedad no tiroidea. Rev Argent Endocrinol Metab. 2017;54(2):88-91.