

Oftalmopatía de Graves en la tiroiditis de Hashimoto

Por los Dres.:

ERNESTO ALÁVEZ MARTÍN, RUBÉN PADRÓN DURÁNG,

ROLANDO SUÁREZ PÉREZ

Alavez Martín, E., et al. *Oftalmopatía de Graves en la tiroiditis de Hashimoto*- Rev. Cub. Med. 10: 6, 1971.

Se presentan dos pacientes portadores de "Oftalmopatía de Graves" en los que comprobamos una tiroiditis de Hashimoto. Se señala la poca frecuencia de dicha asociación en nuestro medio y se analiza las posibles relaciones entre ambas entidades de acuerdo con los resultados obtenidos con las pruebas de inhibición y estimulación.

En 1945, *Ruadle y Wilson*²⁴ llamaron "forma oftálmica de la enfermedad de *Grupos*" a las manifestaciones oculares propias de ésta en ausencia de hipertiroidismo. Esta alteración también ha recibido los nombres de "Oftalmopatía de *Graves*", "Enfermedad de *Graves* Eutiroides" y "Exoftalmo Endocrino".

Wemser estudió por primera vez la respuesta de 10 pacientes que presentaban esta oftalmopatía mediante una estimulación con Tirotropina y la administración de triiodotironina; se observaron respuestas anormales.²⁵ Posteriormente se reportaron otras series de exoftalmo endocrino en eutiroides^{4,10,12,22} y se describe esta patología en pacientes hipotiroideos^{13,14,15}, -o así como en la

tiroiditis de *Hashimoto*^{6,17,18,23,26}. Por lo expuesto anteriormente se decidió incluir en la definición de esta oftalmopatía a aquellos pacientes que presenten aumento de tamaño de la glándula tiroides, pero que no tengan historia previa que indique hipertiroidismo.¹¹

En las series de pacientes con tiroiditis de Hashimoto estudiados en nuestro país^{1,2,19} no se reportó ninguno con oftalmopatía.

Este trabajo tiene como objetivo presentar dos pacientes estudiados en el

I. E.E.M., portadores de una tiroiditis de *Hashimoto* y que exhiben una oftalmopatía de *Graves*.

Presentación de los casos:

Caso I. A. I. M. HC A'o. 553087

Paciente femenina, blanca, de 32 años de edad, sin antecedentes familiares de bocio, ni historia previa que sugiera hipertiroidismo; se dirige a la consulta por astenia marcada, refiriendo que hace 3 meses presenta nerviosismo ligero, "tristeza", dolores osteomusculares ge-

(*) Especialista de primer grado. Endocrinología Docente del Instituto de Endocrinología y enfermedades Metabólicas (Director. Prof. de la Universidad de la Habana. Instructor de medicina Interna).

(**) Residente de Segundo- Año del Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. Habana.

nerados acroparestesias, cefaleas frecuentes, piel seca, caída del cabello, la voz se ha hecho "ronca", aumento de peso, "mala memoria", intolerancia al frío, disminución de la audición y aumento de volumen de los párpados superiores e inferiores.

Examen físico: datos positivos: F. C.: 61/mt TA: 100/80, Piel seca y áspera, cabello seco y quebradizo. Retracción palpebral bilateral y edema de ambos párpados con protrusión ocular bilateral (Fig. 1).

No oftalmoplejía. Mirada fija. Exoftalmometría (Base 102) A.O. 22 ms.

Tiroides aumentado difusamente de tamaño, consistencia firme, movable, no doloroso-, superficie irregular, de aproximadamente 35 g. de peso.

Exámenes complementarios: (Cuadro I).

No fue posible realizar la hioskopia de los tiroides por el pequeño tamaño de la glándula.

de bipotiroidismo han ido desapareciendo al igual que los signos oculares, ya que el edema es menor y la protrusión ocular es menos manifiesta.
Caso 2: A.R.E.A. HC iVo. 572479.

Paciente femenina, mestiza, de 30 años de edad, sin antecedentes familiares de tiropatía, ni historia previa que indique hipertiroidismo; se dirige a la consulta por aumento de volumen de la región anteroinferior del cuello, refiriendo que hace un año presenta astenia, anorexia, constipación, nerviosismo ligero, trastornos menstruales (polimenorrea), caída del cabello, niega pérdida de peso o cambios en la sudoración. Nunca ha tenido falta de aire, intolerancia al calor o temblores. En el centro asistencial le imponen tratamiento con Clordiazepóxido, Iodo y Medinazol durante dos meses, con lo que no mejoró,

Diagnóstico: Enfermedad de Hashimoto. (TRC 1 /10,000, prueba de SCNK- positiva, característica del bocio) Hipotiroidismo, oftalmopatía benigna.

Se impuso tratamiento con tiroides en dosis sustitivas con lo que los síntomas y signos

Examen físico: Datos positivos: FC: 70/mt. TA: 110/70. Piel seca, cabello seco y sin brillo. Discreta protrusión ocular bilateral con edema del párpado superior y retracción palpebral bilateral. Mirada fija, no oftalmoplejía- Exoftalmometría (Base 96) 20 nitn. A, O.



CUADRO I
RESULTADO DE LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS

	Caso I (A. I. M.)	Caso 2 (A. R. E. A.)
P. B. I.	2 ug%	2.9 ug%>
T. R. C.	1/10,000	1/10
Colesterol	198 mg%	172 mg%
Exoftalmometría	Base 102: 0. D. 22 mm O. I. 22 mm	Base 96: 0. D. 20 mm
Capt. I ¹³¹ (24 horas)	10%	13%
Estimulación con TSH	No respuesta (10% - 10%)	No respuesta (0.0% - 4.1%)
Supresión con T3	Normal (10% - 1.7%)	Normal (13% - 1.3%)
Prueba de tiocianato	Patológica (150%)	Patológica (125%)
Biopsia del tiroides	No se realizó	Enf. de Hashimoto.

Tiroides aumentad» difusamente de volumen, consistencia dura, superficie irregular, movable, no doloroso y de aproximadamente 70 g. de peso.

Exámenes complementarios: (Cuadro I).

Biopsia de tiroides: Compatible con Enfermedad de *Hashimoto*.

Diagnóstico: Enfermedad de *Hashimoto*. Hipotiroidismo. Oftalmopatía benigna.

Se le impuso tratamiento con tiroides (180 mg/día) con lo que los síntomas han ido mejorando paulatinamente y el bocio lia disminuido de volumen (actualmente tiene aproximadamente 50 gramos), los signos oculares han ido mejorando, ya que el edema palpebral desapareció y la retracción palpebral es menor.

RESULTADO Y COMENTARIOS

La asociación de la enfermedad de *Hashimoto* con la llamada "Oftalmopatía de Graves" constituye un hallazgo muy raro en nuestro medio, no constatándose dicha asociación en 118 pacientes portadores de esta entidad estudiados en el Í.E.E.M.¹²

La relación inversa es decir "Oftalmopatía de *Graves*" y enfermedad de *Hashimoto* ha sido comprobada en la mayoría de los pacientes euves-Basedow de acuerdo a lo señalado por *Lipvuin*.

A nuestro juicio los hechos tan contradictorios señalados anteriormente tendrían su explicación en la asociación relativamente frecuente de la Enf. de G. B. y la tiroiditis de *Hashimoto*^{6-14>26} ya sea en forma casual o como señala *Greca*' "representando facetas de la misma enfermedad".

La etiología de la oftalmopatía endocrina en estos casos, al igual que en la forma clásica del G.B., es desconocida, aunque recientemente se ha demostrado la existencia de una inmunoglobulina G, distinta al LATS en el suero de pacientes exoftálmicos que aumenta el peso de la glándula orbitaria en los animales de experimentación.⁵

SUMMARY

Alvarez Martin, E., et al. *Graves' ophthalmopathy in Hashimoto's thyroiditis*. Rev. Cub. Med- 10: 6, 1971.

Two patients with Graves' Ophthalmopathy and Hashimoto's Thyroiditis are described. The rare frequency of this association in our medium is noted. The possible relationship between both entities is analyzed according to results obtained from inhibition and stimulation tests.

RESUME

Alvarez Martin, E., et al. *Ophthalmopathie de Grates dans la thyro'iditi de Hashimoto* ■ Rev. Uub. Med. 10: 6, 1971.

On présente deux mulades portens "d'Ophthalmopahie de Graves où 1 on constate une thyroí- dite d'Hashimoto. On signale une basse frquence de rrtte association dans nutre milieu et on analyse les rapports possihles entre les deux maladies d accord aux resultáis obtenus avec les épreuves d'in hibitiou et stimulation.

PE3KME

Ajn, Bape3 MapTiH E., i «p. O\$TaJH»uonaT2H TpaUBca npa rapeomoiTe Xana- «OTO. Rev. Cub. Med. 10: \$, 1971.

npHBOjcHTCJí usa cjiynafi OoJILHX , cTpaflaaOTx "o\$Tam>MonaTBeí TpaiBca c TirpeoHjpiTOU XamauoTO. yica3HBaeTCH Ha pejHCy nactOTy Tasoro cone- TaHEH B Hameü cpehe H iccJiejeTeCH BO3UoSHO6 OTHomeKae uexfly oooxue <3oJie3HHMi corjiachO pezyjiBTaTam, nojiyneHHHM npi TecTax HHTBOipobaniH O CTHMyjIZpOBaHHH.

BIBLIOGRAFIA

1. —Almez Martin, E. de la Cámara, C.: Co rrelación Clínico-Laboratorio. Su utilidad en el diagnóstico de la Enfermedad de Hashimoto. Rev. Cub. Med. 8: 233; 1969.
2. —Amaro Méndez, S.: Comunicación perso nal. Trabajo de revisión del material en I. E. E. M. presentado en 1969. (No publicado).
3. —Bayliss, R. IS.: Stimulation and supres- sion tests of thyroid function. Proc. Roy. Soc. Med. 60: 303; 1967.
- 4c—Bou-den, A. iV., Clif/ord Rose, F.: Investigaron of Endocrino Exophtalmos. Proc. Roy. Soc. Med. 62: 13; 1969.
5. —Dandona, P.: El Kabir, D.: Citado por Hall y col. (10)
6. —Eversman, J. J.; Skillern, D. G.: Haslii- moto's Tliyroiditis and Grave®' disease with Exophtalmos without Hyperthyroi- dism. Cleveland Clin. Quart. 33: 179; 1966.
7. —Fox, R. A., Schwartz, T. B.: Infiltrative Ophthalmopathy and primary Hypothyroi- dism. Ann. Intern. Med. 67: 377; 1967.
8. —Ghurib, H. Mayberry, W.E.: Diagnosis of Graves'Ophthalmopathy without Hyper- tliyroidism: Long-Acting Thyroid Stiinu- lator determination as laboratorv adjunct. Mayo Clinic. Proc. 45 : 444; 1970.
9. —Green, R.: The significance of Lympha- denoid in the Thyroid Gland. J. Endocr. 7: 1; 1950.
- ÍQ.—Hall R., Doniach, D. Kirkham, K., El Kabir, D.: Ophthalmic Graves' Disease. Lancet 1: 375; 1970.
11. —Hall, R., Ford, J. Masón, M.: In Proceed- ing of the Edinburgli Thyrotoxicosis Sym- posium (edited By W. J. Irvine) p. 210, Edinburgh. 1967.
12. —Hall, R., Slorey, E., Farmer, F.T.: Ophtal- mic Graves'Disease. Clinical and labora- tory features. Proc. Roy Soc. Med. 61: 1305; 1968.
13. —Haydar, N.A.: Exophtalmos, Digital Club- ing and Prctibial Myxedema in Thyroi- ditis, J. Clin, Endocr. 23: 215; 1963.
14. —Hennen, G.: Inniunologie Thyroidienne, Relation existant entre: Thyroidite de Hashimoto, Myxedeme Idiopatrlque de L'adulte et Maladie de Basedow. Rev. Med. Licge. 20: 149; 1965.
15. —Liddle, G. If Heyssel, R. M., Me Kenzie, J. M.: Graves'Disease without Hyperthy- roidism. Amer. J. Med. 39: 845; 1965.
16. —Lipman, L. M., Creen, D. E. Snyder, N. i.: Relationship of Long-Acting Thyroid Sti- mulator to the clinical features and course of Graves'disease. Amer. J. Med. 43: 486; 1967.
17. —Masón, R. E. Walsh, F. II.: Exophtalmos in Hyperthyroidism due to Hashimoto's Thyroiditis. Bull J. Hopkins Hosp. 112: 323; 1963.

18. —Means, J. H. Ue Groot, L. J., Stanbury, J. B.: Enfermedades del Tiroides. Ira. Edición. Ediciones Toray, S. A. Barcelona, p. 270, 283, 437, 1966.
19. —Menchaca Montuno, J. R.: Enfermedad de Hashimoto. Temas de Residencia VI. Editado por el Instituto del Libro, Habana, p. 155, 224, 1968.
20. —Michaelson, E. D., Young, R. L.: Hypothyroidism with Graves'Disease. J.A.M.A. 211, 1351; 1970.
21. —Morgam, M. E. Trotter, IV. R.: Defective Organic Binding of Iodine by the Thyroid in Hashimoto's Thyroiditis. Lancet, L: 553; 1957.
22. —Nelson, J. C., Me. Conahey, W. M. Kearns, T. D.: Citado por Gharib y cois. (8).
23. —Fear, M. C.: Lymphadenoid Goitre with hypothyroidism, Exophthalmos, Pretibial Myxoedema and Acropachy. Proc. Roy Soc. Med. 54: 342; 1961.
24. —Rundle, F. F., Wilson, C. WAsymetry of Exophthalmos in Orbital tumour and Graves'disease. Lancet: L: 51, 1945.
25. —Werner, S. C.: Euthyroid Patients with early eye signs of Graves'disease: Their responses to L-Triiodo Thyronine and Thyrotopin. Amer. J. Med. III: 608; 1955.
26. —Lyse, E. P., Me. Conahey, W. M. Woolner, L. B. Schulz, U. A., Kearns, T. D.: Ophthalmopathy without Hyperthyroidism in patient with histologic Hashimoto s Thyroiditis, J. Clip. Endocr. 28: 1623; 1968.