
Tiroiditis de Hashimoto y prolapso de la válvula mitral

ARTURO ORREGO, JAVIER CORREA, CONSTANZA DIAZ,
MARIA C. ECHEVERRI, BENJAMIN OROZCO,
FEDERICO URIBE, GUILLERMO LATORRE

Se investigó la prevalencia de prolapso de la válvula mitral por ecocardiografía modo M y bidimensional en 67 pacientes que cumplían como mínimo tres de los criterios de Fisher y asociados, para el diagnóstico clínico de tiroiditis de Hashimoto (TH) y que fueron comprobados por biopsia por aspiración de la glándula tiroides, con aguja fina, leída según los criterios de Kline; se incluyeron como controles 48 individuos normales. Se encontraron 14 casos (20.9%) de prolapso de la válvula mitral en los pacientes con TH y ninguno entre los controles. Desconocemos por qué en esta serie la frecuencia del prolapso de la válvula mitral en pacientes con TH fue solamente la mitad de la observada en otra serie (41%), a pesar de que se utilizaron procedimientos y criterios diagnósticos similares. Con base en los hallazgos se sugiere buscar el prolapso de la válvula mitral en todo paciente con TH.

PALABRAS CLAVE
TIROIDITIS DE HASHIMOTO
PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL

INTRODUCCION

La prevalencia del prolapso de la válvula mitral (PVM) en personas normales oscila entre 6 y 21% (1,2). Es aproximadamente 3 veces más común en mujeres que en hombres y puede ser familiar (3). De otro lado se ha demostrado que el PVM es más frecuente en pacientes con enfermedad de Graves (43%) (4) y en los que sufren tiroiditis crónica (41%) (5). Como el PVM se puede presentar más frecuentemente en ciertas familias y

DR. ARTURO ORREGO, Profesor Titular, Sección de Endocrinología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. DR. JAVIER CORREA, Profesor Asistente, Sección de Cardiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. DRA. CONSTANZA DIAZ, Profesora Titular, Departamento de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. DRA. MARIA C. ECHEVERRI, Profesora Asociada, Sección de Medicina Nuclear, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. DR. BENJAMIN OROZCO, Profesor Asociado, Sección de Medicina Nuclear, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. DR. FEDERICO URIBE, Profesor Asociado, Sección de Endocrinología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. DR. GUILLERMO LATORRE, Docente Especial, Sección de Endocrinología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

se considera que la enfermedad de Graves y la tiroiditis de Hashimoto (TH) son de origen autoinmune, se ha sugerido que el PVM podría originarse por un proceso autoinmune (3,4,6). En este trabajo se estudiaron 67 pacientes con diagnóstico comprobado de TH, comparativamente con 48 individuos normales, con el fin de investigar la prevalencia de PVM.

MATERIALES Y METODOS

Se estudiaron 67 pacientes con diagnóstico de TH comprobado por medio de la biopsia tiroidea por aspiración con aguja fina, leída según los criterios citológicos de Kline (7), ya utilizados en otras investigaciones (8-10) del Grupo de Tiroides de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Antes de la biopsia se seleccionaron los pacientes que cumplieran un mínimo de 3 de los siguientes criterios propuestos por Fisher y asociados (11): 1) Bocio difuso leve a moderado, de consistencia firme. 2) Gamagrafía de tiroides con captación irregular del radiofármaco. 3) TSH sérica elevada. 4) Anticuerpos antimicrosomales positivos a diluciones altas. Setenta y ocho pacientes cumplieron el mínimo requerido de tres criterios y en 67 de ellos la biopsia fue compatible con TH; sobre éstos se basa el informe.

Uno de los endocrinólogos del grupo practicó examen físico general a todos los pacientes, con énfasis en las características del bocio y en el estado clínico tiroideo. Se les determinaron T3, T4 y TSH por RIA y se les realizó una gamagrafía de tiroides con I^{131} o con fosfato de tecnecio (99m Tc). En 30 de los 67 pacientes, escogidos al azar, se determinaron en el suero los anticuerpos antimicrosomales (Sera-Tek, Ames). Se consideraron significativos los títulos mayores de 1:25.000.

Las biopsias tiroideas por aspiración con aguja fina, se realizaron utilizando un método ya descrito (8,10). Tanto a los pacientes con TH como a los 48 individuos sanos que sirvieron como controles se les practicó un estudio clínico-cardiológico exhaustivo, buscando síntomas y signos de PVM; además se les realizó una ecocardiografía bidimensional y modo M, con un ecógrafo Ekoline SKI 5010 con transductor de 3.75 MHz. Para la ecocardiografía modo M, se situó el transductor en el 4º o el 5º

espacio intercostal izquierdo; en la bidimensional se utilizaron dos visualizaciones (apical y paraesternal). Para el diagnóstico de PVM por ecocardiografía se utilizaron criterios estándar (5).

RESULTADOS

Sesenta y cinco de los pacientes con TH fueron mujeres (97%) entre 9 y 65 años (promedio 31.7 años). Catorce pacientes (20.9%) (trece mujeres y un hombre), tenían PVM leve o moderado en el estudio ecocardiográfico, especialmente en la evaluación bidimensional. No hubo diferencia en el promedio de edad de los pacientes con y sin PVM (33.8 y 34.2 años, respectivamente). La edad promedio de los controles fue 28.6 años; 60% de ellos fueron hombres y 40% mujeres. Ningún control tenía PVM.

SINTOMAS Y SIGNOS

Se hallaron los siguientes síntomas en los pacientes con PVM: palpitaciones (7 casos, 50%); "picadas" (7 casos, 50%); disnea de esfuerzo (5 casos, 35.7%); dolor precordial (2 casos, 14.3%). La mitad de los pacientes con PVM eran asintomáticos. En cuanto a los signos físicos hubo 4 pacientes con click únicamente (28.6%); dos que sólo tenían soplo sistólico (14.3%) y 8 en que se hallaron estos dos signos (57.1%). Por lo que respecta a los controles hubo 42 asintomáticos (87.5%), dos con palpitaciones (4.2%) y 4 con "picadas" (8.3%). No hubo hallazgos físicos anormales en los controles.

En cuanto al estado funcional tiroideo de los pacientes de TH, se obtuvieron los siguientes datos: doce de los 14 con PVM (85.7%) eran eutiroides; uno tenía hipertiroidismo y otro hipotiroidismo subclínico (TSH elevada con T3 y T4 normales). Entre los 53 pacientes sin PVM había 45 (84.9%) eutiroides, 5 con hipotiroidismo subclínico y 3 con hipotiroidismo clínico (TSH elevada y T3 y T4 disminuidas).

Los títulos de los anticuerpos antimicrosomales fluctuaron entre 1:25.600 y 1:409.400 con un promedio de 1:57.590.

DISCUSION

Varios grupos de investigadores, basados en la relativa frecuencia familiar del PVM y en su asocia-

ción significativamente alta con ciertas enfermedades consideradas autoinmunes, como la enfermedad de Graves y la TH, sugirieron que esta anomalía valvular podría ser de origen autoinmune (1,2). Schlant y asociados (6) creyeron que la presencia en los pacientes de PVM, de hallazgos clínicos y de laboratorio generalmente observados en enfermedades autoinmunes, sugería esta etiología.

En la revisión de la literatura se encontró únicamente un informe anterior de la asociación de PVM con TH, publicado por Marks y asociados (5), quienes hallaron una frecuencia de 41% en los pacientes con TH y sólo 8% en los controles. Esta prevalencia de 8% ha sido la más comúnmente informada en la población normal (1,2). En nuestro estudio se encontró una frecuencia de PVM de sólo 20.9% en los pacientes con TH o sea, aproximadamente, la mitad de la reportada anteriormente (5). No tenemos explicación para una diferencia tan alta entre las dos series, estudiadas con los mismos procedimientos ecocardiográficos y con criterios similares de diagnóstico de PVM (5). No obstante, la prevalencia de 20.9% es elevada en comparación con el 8% hallado en la población general normal (1,2,8) y mucho más si se la compara con el grupo control de esta investigación en el que no se encontraron casos de PVM.

La ausencia de PVM en nuestros controles puede deberse en parte a que 60.4% eran hombres y se sabe que en el sexo masculino la prevalencia de la anomalía es tres veces menor que en las mujeres.

Algunos investigadores calcularon que aproximadamente 8% de los pacientes con PVM pueden ser portadores de TH (5) y observaron en una pequeña serie que 20% de los pacientes, sin enfermedad tiroidea detectable, presentaban elevación significativa de uno o los dos anticuerpos antitiroideos (contra los microsomas y la tiroglobulina) (5). Parece entonces lógico, con base en los informes de la literatura y en nuestros hallazgos, investigar en todo caso de TH la presencia de PVM.

SUMMARY

MITRAL VALVE PROLAPSE IN PATIENTS WITH HASHIMOTO'S THYROIDITIS

The prevalence of mitral valve prolapse was determined in 67 patients with Hashimoto's thyroiditis (TH), and in 48 healthy control individuals. Mitral valve prolapse was found in 14 of 67 (20.9%) patients with TH and in none of the controls. The presence of mitral valve prolapse should be investigated whenever TH is diagnosed.

BIBLIOGRAFIA

1. MARKIEWICZ W, STONER J, HUNT SA, et al. Mitral valve prolapse in one hundred presumably healthy young females. *Circulation* 1976; 53: 464-493.
2. PROCACCI PM, SABRAN SV, SCHREITER SL, et al. Prevalence of clinical mitral valve prolapse in 1.169 young women. *N Engl J Med* 1976; 294: 1026-1028.
3. HUNT D, SLOMAN G. Prolapse of the posterior leaflet of the mitral valve occurring in eleven members of a family. *Am Heart J* 1969; 78: 149-153.
4. CHANNICK JB, ADLIN EV, MARKS DA, et al. Hyperthyroidism and mitral valve prolapse. *N Engl J Med* 1981; 305: 497-500.
5. MARKS DA, BERTRAM J, CHANNICK J, et al. Chronic thyroiditis and mitral valve prolapse. *Ann Intern Med* 1985; 102: 479-483.
6. SCHLANT RD, FELNER JM, MIKLOZEK CL, et al. Mitral valve prolapse. *DM* 1980; 26: 425-452.
7. KLINE TS. Handbook of fine needle aspiration biopsy cytology. St. Louis: CV Mosby Co., 1981; 82.
8. URIBE F, ORREGO A, LOZANO J, et al. Valor diagnóstico frente a la cirugía de la biopsia tiroidea por aspiración y percutánea en nódulos gamagráficamente hipofuncionantes. *Antioquia Med* 1983; 32: 171-176.
9. ORREGO A, ECHEVERRY MC, BALTHAZAR V, et al. Bocio en niños y adolescentes - Estudio de tiroiditis de Hashimoto mediante biopsia tiroidea por aspiración. *Acta Med Col* 1989; 14: 19-23.
10. ORREGO JJ, ORREGO M, ORREGO A, et al. Valor de 4 criterios de Fisher comparativamente con la biopsia tiroidea por aspiración en el diagnóstico de la tiroiditis de Hashimoto. *IATREIA* 1991; 4: 56-60.
11. FISHER DA, ODDIE TH, JOHNSON DE, NELSON JC. The diagnosis of Hashimoto's thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab* 1975; 40: 795-801.