



Titolo: Caso clinico: tachicardia parossistica sopraventricolare secondaria ad ipertiroidismo in cheto acidosi diabetica all'esordio.

Autori: Secco A.¹; Lera R.^{1*}; Cattaneo L.¹; De Benedetti D.¹; Serraino P.¹; Pesce F.¹

Tipo: Breve Rapporto

Keywords: Tachicardia parossistica sopraventricolare secondaria; Diabete tipo 1;

Presentazione del caso, storia clinica e sintomatologia

E.F., ragazza di 15 anni, accede in Pronto Soccorso per cardiopalmo, vomito, poliuria e polidipsia da un mese, calo ponderale. Anamnesi personale e familiare silente.

Esame obiettivo

TC 37.6°C, FC 165 bpm, SpO2 98%, PA 110/50 mmHg. Paziente agitata, a tratti soporosa. Non segni meningei. Cute e mucose disidratate, occhi infossati, tiroide aumentata di volume e consistenza, toni cardiaci validi e ritmici, pause libere, tachicardia, non segni di scompenso, respiro di Kussmaul, addome trattabile. Peso kg 42.

Ipotesi diagnostiche

Esordio di diabete tipo 1 in chetoacidosi (DKA), tachicardia secondaria a disidratazione e/o acidosi metabolica e/o ipertiroidismo.

¹ SC Pediatria, AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria, Italia

* Autore per la corrispondenza
Mail: rlera@ospedale.al.it



Indagini di I livello

All'ingresso: pH 7.00, pCO₂ 24.9mmHg, HCO₃⁻ 5.9mmol/L, glicemia 441mg/dl, urea 34mg/dl, creatinina 1.20mg/dl, Cl 100mEq/l, Na 134mEq/l, K 4.9mEq/l, AST 27 U/l, ALT 33 U/l, WBC 20100/mm³, PCR 0.00mg/dl, HbA1c 15.0%. FT3 8.41pg/ml, FT4 3.53ng/dl, TSH indosabile
Esame urine: chetoni 80mg/dl, glucosio 1000mg/dl. ECG all'ingresso: FC 162 bpm, ritmo atrioventricolare accelerato (tachicardia parossistica sopraventricolare, TPSV) ECG dopo terapia: FC 130 bpm, tachicardia sinusale

Indagini di II livello

GAD 20.30 U/ml (vn<0.90), IA2 10.4 U/ml (vn<0.75), antirecettore TSH 4.81 IU/L (vn<1), antiTPO 196 UI/ml (vn<35), anti-transglutaminasi negativi. Peptide C 0.70ng/ml HLA DRB1*03:01 presente Ecocardiocolordoppler, RX torace negativi. Ecografia tiroidea: lobi dimensionalmente entro i limiti superiori di norma, ecostruttura disomogenea e marcata iperemia.

Diagnosi ed eventuale terapia

Diagnosi: DKA all'esordio di diabete tipo 1 e tachicardia sopraventricolare in morbo di Graves. DKA: soluzione fisiologica ev 10 ml/kg/h per 2 ore poi soluzione glucosata 5% 4 ml/kg/h + insulina ultrarapida 0.1 UI/kg/h. TPSV e ipertiroidismo: adenosina ev rapida 3 boli (2 mg, 3 mg, 6 mg) inefficaci. Atenololo 2.5 mg ev lenta: riduzione FC a 120-130 bpm, rientro in ritmo sinusale, a seguire propranololo 1 mg/kg/die a scalare fino a sospensione. Metimazolo 0.5 mg/kg/die a scalare in base alla funzionalità tiroidea. Insulina sottocute: glargine + lyspro basal bolus.

Conclusioni

Il diabete tipo 1 può associarsi fin dall'esordio a patologia autoimmune, soprattutto tiroidite e celiachia. In un paziente con DKA e tachicardia non responsiva alla terapia reidratante ed insulinica è opportuno escludere un ipertiroidismo.