Semergen. 2015;41 (Espec Congr):2151

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/777 - ¡AYUDA! DESDE QUE DI A LUZ NO ME ENCUENTRO BIEN... ¿ES TODO POR SER MAMÁ?

R. Bravo Lizcano[a], L. Sierra Santos[b], J. Rosado Martín[c], I. Baillo Peña[d], T.F. Manzano Palomero[e], W. Elgeadi Saleh[f], A. Vargas López[g] y S. José Gómez[h]

[a]Médico Residente de 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reina Victoria. Madrid. [b]Médico de Familia. Consultorio El Boalo. Madrid. [c]Médico de Familia. Director del Centro. Centro de Salud Reina Victoria. Madrid. [d]Médico Residente de 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad de los Periodistas. Madrid. [f]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Área Norte. Madrid. [g]Médico Residente de 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reina Victoria. Madrid. [h]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años, sin antecedentes de interés, que cinco meses después de su primer parto eutócico y sin complicaciones, comienza de forma progresiva con astenia intensa, pérdida de fuerza, somnolencia, alteraciones de la memoria y la concentración, ánimo triste y ganancia de 30 kg de peso con aumento de volumen de ambos miembros inferiores.

Exploración y pruebas complementarias: Explorando a la paciente objetivamos bradipsiquia, bradilalia, bradicardia, cambios en la apariencia facial con edema periorbitario, hinchazón de nariz y labios, pelo y uñas quebradizas así como, edemas bilaterales sin fóvea que impresionan de mixedema pretibial. Ante los hallazgos mencionados, se solicita analítica en la que destaca: colesterol total 429 mg/dL, LDL 261 mg/dL y perfil tiroideo alterado (TSH 307,91 µUI/mL, T4L 0,28 ng/dL, anticuerpos antitiroglobulina > 500 UI/mL, anticuerpos antiperoxidasa (ATPO) 318,10 UI/mL). La paciente es diagnosticada de hipotiroidismo en el contexto de tiroiditis postparto (TPP) iniciando tratamiento con hormonas tiroideas. Solicitamos ecografía tiroidea, informada como tiroiditis autoinmune subaguda-crónica. Se realiza analítica de control al mes, objetivándose TSH 154,88 µUI/Ml, T4L 0,84 ng/Dl; a los dos meses TSH 7,77 µUI/mL, T4L 1,49 ng/dL con persistencia de anticuerpos elevados. A los 6 meses la paciente se encuentra asintomática y eutiroidea (TSH 0,71 µUI/mL) con tratamiento hormonal sustitutivo, con Eutirox 75 µg.

Juicio clínico: Hipotiroidismo asociado a tiroiditis posparto con autoinmunidad positiva.

Diagnóstico diferencial: Tiroiditis crónica autoinmune, tiroiditis silente, ablación o pérdida de tejido tiroideo química, quirúrgica o iatrógena, defecto en la biosíntesis de hormonas tiroideas, déficit o exceso de yodo...

Comentario final: La tiroiditis postparto es una tiroiditis subaguda linfocitaria silente de

etiopatogenia autoinmunitaria que se manifiesta en mujeres con susceptibilidad genética. Su incidencia se estima en un 3-17% y su frecuencia aumenta en pacientes con DM-1 y en pacientes con antecedente previo (70% de recurrencias, que debemos controlar en embarazos sucesivos). Caracterizada por una breve fase hipertiroidea (entre el primer y el tercer mes postparto) que suele ser asintomática y de resolución espontánea; puede ir seguida por una fase de hipotiroidismo (entre el tercer y el octavo mes postparto), más larga y sintomática, que puede ser transitoria o permanente. Para su diagnóstico realizaremos una determinación de hormonas tiroideas incluyendo TSH. Suelen presentar además cifras de ATPO positivos. El tratamiento de la fase hipertiroidea no suele ser necesario, en caso de sintomatología severa, el tratamiento con beta-bloqueantes produce mejoría. La fase hipotiroidea precisa tratamiento con hormona tiroidea, que no contraindica la lactancia. Debido al carácter limitado de la tiroiditis postparto se recomienda tratamiento durante 6-12 meses y control analítico 4-6 semanas tras la suspensión del mismo, para comprobar resolución o desarrollo de un hipotiroidismo permanente. El caso clínico presentado nos parece relevante al tratarse de una entidad frecuente y abordable desde Atención Primaria: para su diagnóstico sólo se requiere sospecha clínica y realización de una analítica; así mismo su tratamiento es efectivo y seguro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hurtado Hernández Z, Segura Domínguez A. Tiroiditis posparto. Medicina de Familia-SEMERGEN. 2013.

2. Reid SM, et al. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism in pregnancy. Cochrane Rev. 2010.

3. Roberts CGP, Ladenson PW. Hypothyroidism. Lancet. 2004.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.