



P-307 - DEL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO GESTACIONAL A LA TIROIDITIS POSPARTO

L.M. Sáez García, M. Muñoz Ayllón y L. Latorre Rodríguez

CS La Laguna.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 32 años sin antecedentes personales de interés salvo hipotiroidismo subclínico detectado en su último y único embarazo que trató con levotiroxina 50 µg. La fecha de dicho parto fue seis meses antes de nuestra consulta. La paciente acude a nuestra consulta para control rutinario de la función tiroidea, pues tras el parto la misma se normalizó y en dicho momento se encontraba sin medicación para la misma. La paciente se encontraba totalmente asintomática (no pérdida ni ganancia ponderal, no sensación de taquicardia ni nerviosismo, no cansancio...).

Exploración y pruebas complementarias: En la analítica de control se detecta TSH 133,6 µUI/ml con anticuerpos antiperoxidasa tiroidea 231,4 UI/ml y anticuerpos antitiroglobulina 385 UI/ml. La analítica previa (6 meses antes) mostraba TSH 0,5 µUI/ml con anticuerpos antitiroideos negativos. A la exploración, no se apreciaba bocio ni nódulos tiroideos. Al encontrarse la paciente asintomática así como hemodinámicamente estable, se decidió mantener una actitud expectante y repetir analítica al día siguiente para confirmar resultados de laboratorio. En dicha analítica, se obtiene TSH 91,28 µUI/ml con anticuerpos antiperoxidasa tiroidea 228,1 UI/ml y anticuerpos antitiroglobulina 362,1 UI/ml. La paciente continuaba encontrándose asintomática, por lo que no se pauta tratamiento y se deriva al servicio de endocrinología (actualmente pendiente de ser citada).

Juicio clínico: Tiroiditis posparto.

Diagnóstico diferencial: Habría que realizar diagnóstico diferencial con otros tipos de tiroiditis, sobre todo las de inicio agudo o subagudo, como con la tiroiditis aguda supurada (de etiología bacteriana, en la que hay dolor local, disfagia, fiebre), así como con la tiroiditis subaguda granulomatosa o de De Quervain (de etiología vírica, cursando con dolor local, fiebre, taquicardia, aumento del tiroides) y con la tiroiditis subaguda linfocítica, silente o indolora (de etiología autoinmune, que cursa con aumento del tamaño tiroideo, que es indoloro y que presenta clínica de tirotoxicosis). También habría que hacer diagnóstico diferencial con tiroiditis crónicas (como las tiroiditis de Hashimoto, de Riedel...), aunque éstas tienen un inicio mucho más paulatino tanto clínica como analíticamente.

Comentario final: La tiroiditis posparto es una inflamación de la glándula tiroides. Normalmente ocurre durante el primer año del parto y afecta a un 5-10% de las mismas. Generalmente hay dos

fases de la enfermedad: primero hipertiroidismo y luego hipotiroidismo. Un 20% las pacientes que presentan hipotiroidismo, posteriormente desarrollarán hipotiroidismo crónico. Estas pacientes precisan un seguimiento estrecho debido a las graves complicaciones que podría tener tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez García JL, Arévalo Serrano J, et al. Diagnóstico y Tratamiento Médico. GreenBook.
2. Lucas AM. Tiroiditis posparto. *Endocrinol Nutr.* 2004;51:303-7.
3. Franco-Casique JJ, Gómez-Vargas E. *Revista de Endocrinología y Nutrición.* 2011;19:123-7.