Semergen. 2015;41 (Espec Congr):2038

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/953 - LOS NIÑOS VIENEN CON UN PAN DEBAJO DEL BRAZO

C. Flores Álvarez[a], L. Bernabé Vera[b], M. Clemente García[a], A. Vázquez Ballesta[c], O.J. Huerta de Mora[d] y A. Lueje Saorín[c]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. [b]Médico Residente de 4ºr año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Santomera. Murcia. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 33 años que acude para revisión tras posparto hace 3 meses, parto instrumentado.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Epifisiotomía, de 9 cm de longitud que llega hasta región glútea, con buena cicatrización, sin signos de patología. Pruebas complementarias. Analítica: bioquímica y hemograma normales. TSH 0.006, T4 y T3 normales. AC antitiroideos normales. PRL 143,3, resto hormonas hipofisarias normales. Ecografía tiroides: glándula tiroidea de tamaño normal, inflamación compatible con tiroiditis.

Juicio clínico: Tiroiditis posparto.

Diagnóstico diferencial: Hipotiroidismo primario. Enfermedad de Graves. Síndrome de Sheehan.

Comentario final: Las enfermedades tiroideas son de 4 a 5 veces más prevalentes en mujeres que en hombres, máxime durante el postparto, ya que los cambios producidos a nivel inmunitario durante el mismo pueden provocar un fenómeno de rebote. La tiroiditis posparto (TPP) aparece durante el primer año, en el 5% de las mujeres, con presencia de cierta susceptibilidad genética. Anatomopatológicamente se caracteriza por la presencia de un infiltrado de células inflamatorias inespecíficas, con Anticuerpos antitiroideos normales. Clínicamente presenta una primera fase de hipertiroidismo, donde en los dos tercios de las pacientes presentan normofunción tiroidea, con niveles de TSH casi indetectables, con T3 y T4 normales. Pueden presentar una segunda fase hipotiroidea que ocasionalmente puede precisar de tratamiento sustitutivo con tiroxina libre, siendo en el 20-30% de los casos permanente. Actualmente la paciente se encuentra en fase de hipertiroidismo, sin tratamiento actualmente, con seguimientos analíticos periódicos y asintomática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glinoer D. The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. Endocr Rev. 1997;18:404-33.

2. Servei d&#39Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Postpartum thyroiditis. Endrocinología y Nutrición. 2004;51(5).

3. Argatska A, Nonchev B, Obretsova M, Pehlivanov B. Characteristics of postpartum thyroid dysfunction. Akush Ginekol (Sofiia). 2015;54(3):3-8.

4. Thyroid dysfunction in pregnancy. Consensus document. Andalusian Society of Endocrinology and Nutrition (SAEN). Semergen. 2015.

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