



# Endocrinología, Diabetes y Nutrición



## 240 - HIPERTIROIDISMO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL INVASIVA

R. Ballester<sup>a</sup>, L. Martínez<sup>a</sup>, E. Parreño<sup>b</sup>, A. Fornovi<sup>d</sup>, M.V. García<sup>e</sup>, C. Palomares<sup>c</sup>, M. Martínez<sup>c</sup>, E. Saurá<sup>f</sup>, M.C. Muñoz<sup>g</sup> y M.S. Marín<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Hospital Virgen del Castillo. Yecla. España. <sup>b</sup>Hospital de La Vega Lorenzo Guirao. Cieza. España. <sup>c</sup>Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de La Cruz. España. <sup>d</sup>Hospital Vega Baja. Orihuela. España. <sup>e</sup>Hospital Santa Lucía. Cartagena. España. <sup>f</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

### Resumen

**Introducción:** La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es una entidad que engloba dentro de sí misma varias entidades relacionadas con el embarazo y caracterizada por la proliferación anormal de tejido trofoblástico y secreción de b-HCG. Incluye un amplio espectro que abarcan desde la enfermedad trofoblástica premaligna hasta patologías malignas caracterizadas por su potencial invasivo y metastásico. Proceden habitualmente de la mola hidatiforme pero pueden originarse de una gestación normal, un aborto o un embarazo ectópico. Pueden complicarse con un hipertiroidismo por estimulación del receptor de TSH por b-HCG debida a reactividad cruzada.

**Caso clínico:** Mujer de 39 años, sin AP de interés, remitida a consulta por cuadro clínico de nerviosismo, palpitaciones y pérdida ponderal y hallazgos analíticos compatibles con hipertiroidismo primario. Autoinmunidad tiroidea negativa y ecografía cervical sin alteraciones. Buena respuesta inicial a tratamiento con tionamidas y propranolol. En revisión refiere tos seca irritativa y disnea progresiva con TAC Tx que muestra patrón reticulointersticial y nódulos sólidos bilaterales de hasta 3 cm. Rehistoriando a la paciente refiere oligomenorrea desde primera gestación, la cual requirió extracción manual placentaria, sin legrado. Ante sospecha clínica se solicita b-HCG que muestra un valor de 345.419,0 mUI/L. Estudio ginecológico confirma el diagnóstico de ETG con metástasis pulmonares e hipertiroidismo por b-HCG que responden, ambos, a tratamiento específico quimioterápico sin requerir tionamidas desde 4º ciclo.

**Discusión:** La concomitancia de alteraciones en el perfil tiroideo en pacientes con ETG es relativamente común, por lo que no debemos olvidar esta rara causa de hipertiroidismo en mujeres en edad fértil, con gestaciones recientes o alteraciones menstruales, siendo de vital importancia su reconocimiento y tratamiento adecuados en caso de adicción de síntomas generales como tos, disnea o dolor torácico.