



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



268 - HASHITOXICOSIS DURANTE LA GESTACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Riera Pericot, R. Barahona San Millán, A. Aguilera Luque, P. Pellicer Rodríguez, G. Xifra Villarroya, M. Recasens Sala, J. Biarnés Costa, M. Fernández Balsells, L. Sojo Vega y E. Esteve Lafuente

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona.

Resumen

Introducción: La hashitoxicosis presenta una prevalencia 5% en la población general y es extremadamente rara durante la gestación, ya que el curso y severidad del hipertiroidismo autoinmune disminuye durante esta. A continuación, se expone el caso de una paciente con enfermedad de Hashimoto que presentó un brote grave de enfermedad de Graves-Basedow durante su gestación.

Caso clínico: Mujer de 29 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, con hipotiroidismo primario autoinmune diagnosticado en febrero 2019 con tirotropina (TSH) 62,41 mUI/L [0,3-4,2] y autoinmunidad tiroidea positiva, iniciándose tratamiento con levotiroxina (LT). Durante la gestación requirió aumento progresivo de LT hasta 175 µg (1,94 µg/kg/día). A partir de las 12 semanas de gestación (SG) se objetiva disminución en los requerimientos de LT. A las 26 SG se detecta hipertiroidismo primario grave, con TSH 0,02 mU/L y tiroxina libre (T4L) 2,98 ng/dL [0,93-1,7], con anticuerpos antirreceptor TSH (TSI) 34 UI/L [0-0,7] retirándose por completo el tratamiento a las 30 SG. A las 34SG, con TSH 0,004 mU/L y T4L 3,48 ng/dL se inician antitiroideos (AT) y betabloqueantes. Se decide finalizar la gestación por seguridad materno-fetal a las 35 SG indicándose de cesárea urgente por pérdida bienestar fetal. En la analítica de sangre de cordón umbilical TSH 0,005 mUI/L, T4L 2,55 ng/dl, anti-TSI 27,3 UI/L requiriendo tratamiento del hipertiroidismo neonatal con AT con posterior remisión. A los 2 meses posparto, la madre continúa presentando hipertiroidismo primario con TSH 0,004 mUI/L, T4L 2,87ng/dl y anti-TSI 100 UI/L.

Discusión: La presencia de hashitoxicosis durante el embarazo es extremadamente infrecuente, pero debe sospecharse en caso de disminución en las necesidades de tratamiento con LT en gestantes con hipotiroidismo autoinmune. Se plantea la posibilidad de realizar cribaje con anti-TSI a pacientes con autoinmunidad tiroidea positiva y reducción de los requerimientos de LT durante la gestación.