



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2430 - Palpitaciones en el puerperio: Un caso clínico de Tiroiditis posparto

Z.R. Hernández Rojas^a, G. García Bernal^b, I. Bou Tarrega^c, L. Barrera Fibla^d, M. Blasco Mule^e y W.E. Campo Tamayo^f

^aMédico Residente de 3^{er} año. CAP Temple. Tortosa. ^bMédico de Familia. CAP Temple. Tortosa. ^cMédico de Familia. Cl. Terres de l'Ebre. Tortosa. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Tortosa. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Tortosa. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Tortosa.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 24 años de edad, quien acude a la consulta de Atención Primaria (AP) por presentar palpitaciones sin otra clínica acompañante desde hace 2 meses. Antecedentes: estreñimiento crónico (ocasionalmente usa laxantes). No hábitos tóxicos. Primípara, parto normal de embarazo controlado sin complicaciones hace 4 meses. No otros antecedentes personales ni familiares de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Al examen físico: Talla 1,69 cm, Peso 63,2 Kg, IMC 22,1, TA 111/73 mmHg, FC 80 lpm. Buen estado general, afebril, hidratada, eupneica, normocoloreada. No bocio palpable, no patología ocular. Auscultación: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular audible sin agregados. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Neurológico: no focalidad, ni signos meníngeos, temblor fino distal. ECG y analítica completa, en la que destaca: TSH 0,06 (0,49-4,67) y T4 3,31 (0,71-1,85). Resto dentro de la normalidad.

Juicio clínico: Con la anamnesis, exploración y apoyados en los estudios complementarios, orientamos el caso como un hipertiroidismo primario (etiología más probable: tiroiditis posparto), tranquilizamos a la paciente, explicamos el diagnóstico y sin tratamiento médico, solicitamos control clínico y analítico en 2 meses junto a ecografía tiroidea. En la 2^a visita (a los 2 meses de la 1^a), la paciente se encuentra asintomática. Desde el punto de vista analítico: TSH 31,53 (0,49-4,67), T4L 0,4 (0,71-1,85), T3L 1,39 (1,45-3,48), Anti-TSH negativos, Anti-TPO positivos: 1.289,61 (N 50), Anti-TG positivos: 253,27 (N 100). Iniciamos tratamiento hormonal sustitutivo (levotiroxina) en pauta ascendente (hasta 100 ug/día) y citamos a nuevo control en 4 meses. En la 3^a visita (a los 4 meses de la 2^a), la paciente persiste asintomática. Analíticamente: TSH 10 (0,49-4,67), T4L 1,2 (0,71-1,85). Incrementamos la terapia hormonal sustitutiva para conseguir como objetivo TSH 1-2.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Graves.

Comentario final: La tiroiditis posparto generalmente cursa de forma silente, durante el primer año postparto (aunque el diagnóstico suele realizarse entre los 2-3 meses). Tiene una prevalencia variable (entre 5-20%) y presenta una etiología autoinmune. En la mayoría de los casos, evoluciona favorablemente con recuperación de la función tiroidea, pero un 25% de las pacientes presentan un hipotiroidismo remanente (asociado a los siguientes factores: títulos elevados de anticuerpos antimitocondriales, severidad de la fase hipotiroidea y multiparidad). La paciente del caso clínico, presenta factores de riesgo asociados a hipotiroidismo remanente. Es muy importante realizar una correcta historia clínica para llegar al diagnóstico correcto y realizar un estrecho seguimiento, ya que el hipotiroidismo permanente se desarrolla entre un 30-70% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Franco Cacique J, Gómez Vargas E. Tiroiditis postparto: actualización diagnóstica-terapéutica. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2005;13(2):88-93.
2. Muñoz Gurruchaga F, Portillo Ruiz M, Rodríguez Urgel A. Tiroiditis postparto. Medifam. 2001;11(9):566-8.
3. Hurtado Hernández Z, Segura Domínguez A. Tiroiditis postparto. Revisión. Semergen Med Fam. 2013;39(5):272-8.
4. Othman S, Phillips DIW, Parkes AB, Richards CJ, Harris B, Fung H, et al. A long-term follow-up of postpartum thyroiditis. Clinical Endocrinology. 1990;32:559-64.