



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/5 - Encefalopatía de Hashimoto

Á. Peña Irún<sup>a</sup>, J.J. Merino de la Cámara<sup>a</sup>, F. Munguía Rozadilla<sup>a</sup>, F. Helguera Rebolledo<sup>a</sup>, M. Villa Puente<sup>a</sup>, A.R. González Santamaría<sup>b</sup>, S. Arenal Barquín<sup>c</sup>, N. García López<sup>d</sup>, N. Fontanillas Garmilla<sup>e</sup> y M. Martínez Pérez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Sardinero. Cantabria. <sup>b</sup>Médico. Servicio de emergencias 061. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. SUAP Suances. Cantabria. <sup>d</sup>Pediatra. Centro de Salud Polanco. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Liencres. Cantabria. <sup>f</sup>Enfermera. Centro Residencial de Mayores Virgen del Faro. Santander.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 74 años, antecedentes personales de cirrosis biliar primaria, bocio multinodular eutiroides y vitíligo. En tratamiento con omeprazol, ursochol, lactulosa e hidroferol. Sufre deterioro cognitivo de rápida evolución con cambios de carácter, apraxia para vestirse, falta de higiene y obsesión por ahorrar, que acaba casi en mutismo, mucha dificultad para la deambulaci3n y trastorno delirante. No tena febre ni clnica infecciosa ni relaci3n con fármacos nuevos.

**Exploraci3n y pruebas complementarias:** Consciente, desorientada, poco colaboradora, repite bien, incapaz de nominar, obedece órdenes simples ocasionalmente, lenguaje incoherente, poco fluido y labilidad emocional. Signos meníngeos negativos, pares craneales normales, no reflejos regresivos. Hiperreflexia generalizada con clonus en el pie derecho. Resto de exploraci3n neurol3gica y sistémica normal. Hemograma: normal. Bioquímica incluyendo funci3n renal, hepática y tiroidea: normal. VSG: 64. PCR 2,5. Marcadores tumorales: alfa fetoproteína, CEA, CA 15.30, CA 19.9 y CA 125: normales. Proteinograma normal. Serología sífilis y VIH: negativa. Inmunología: ANA 1/1280 (patr3n moteado), AMA: 1/320, anti TPO 196, ANCA, FR y anticuerpos antineuronales: negativos. E y S de orina y urocultivo: negativo. LCR: Glu 64, células 1, proteínas 84. Cultivo y Gram negativo. Escasa celularidad sin atipias. Radiología t3rax: normal.

EEG: lentificaci3n de la actividad bioel3ctrica cerebral compatible con una encefalopatía difusa en grado moderado. No se registran anomalías epileptiformes. TAC: signos moderados de atrofia córtico-subcortical difusa. Se instauró tratamiento con prednisona a 1 mg/Kg/día.

**Juicio clínico:** Encefalopatía de Hashimoto.

**Diagn3stico diferencial:** Encefalopatía de Creutzfeldt-Jacob. Encefalopatías t3xico-metab3licas. Meningoencefalitis. Enfermedades psiquiátricas. Tumores. Encefalitis paraneoplásicas. Ictus. Otras demencias.

**Comentario final:** La encefalopatía de Hashimoto se caracteriza por una amplia variedad de alteraciones neuropsiquiátricas junto con títulos altos de anticuerpos antitiroideos y buena respuesta al tratamiento con corticoides. Tiene una prevalencia de 2,1 casos/100.000 hab. La clínica es inespecífica y se presenta con dos tipos de variantes: una súbita con episodios similares a ictus y otra subaguda y progresiva asociada a disfunci3n cognitiva, considerada como una demencia tratable. Se han descrito crisis parciales, mioclonías,

etc. La mayoría de los pacientes se encuentran eutiroideos, por lo que se piensa que su etiopatogenia no se basa en la disfunción tiroidea sino en un fenómeno autoinmune, que como en este caso se puede asociar a otras enfermedades inmunológicas (cirrosis biliar primaria). El diagnóstico es de exclusión, y aunque no hay pruebas específicas se recomienda realizar: analítica general, punción lumbar, EEG, RMN craneal. El tratamiento se basa en el uso de inmunosupresores, principalmente corticoides, que se deben mantener de varios meses a 2 años según la respuesta clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Masuda H, Mori M, Ito S, Yagishita T, Kuwabara S. Steroid-responsive epilepsia partialis continua with anti-thyroid antibodies: a spectrum of Hashimoto's encephalopathy. *Case Repot Neurol.* 2014;6:166-70.
2. Yoneda M. Hashimoto's encephalopathy and autoantibodies. *Brain nerve.* 2013;65(4):365-76.
3. Rajeev P. An unusual presentation of Hashimoto's encephalopathy. *Indian Endocrinol Metab.* 2014;18(1):113-5.