

347/4276 - UNA ALTERACIÓN HORMONAL LETA

R. López Latorre

Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 21 años, gestante de 15 semanas que consulta por hiperemesis, malestar general de horas de evolución y sensación febril.

Exploración y pruebas complementarias: REG. Consciente, parcialmente orientada y poco colaboradora. Bradipsíquica. Obesidad. Normohidratada, normoperfundida. Ligeramente disneica con Sat O2 98% basal. Conjuntivas con tinte ictérico. ACR: tonos rítmicos a unos 115 lpm. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: globuloso, blando y depresible. Molestias generalizadas sin defensa ni peritonismo. Murphy negativo. MMII: no edemas. Hematimetría: 13,750 leucocitos con 91,1% N. Hb 12,8. VCM 75,3. Plaquetas 264.000. -Bioquímica: glucosa 181, urea 104, creatinina 2,7, bilirrubina total 4,9 (directa 3,8, indirecta 1,10). AST 152, ALT 445, LD 304, FA 111, Amilasa 158. PCR 27,1. Coagulación normal. GSA: pH 7,68, pCO2 42, pO2 114, Na 115, K 1,9, HCO3 49,6. Ecografía abdominal: vesícula distendida con contenido ecogénico en su interior (barro biliar) y pequeñas litiasis. La pared no se encuentra engrosada. Murphy ecográfico dudoso. Hallazgos no concluyentes de colecistitis litiásica. Resto de órganos sin hallazgos patológicos. Dada la gravedad del cuadro y la situación crítica se decide ingreso en UCI. Una vez en tratamiento con reposición electrolítica y estabilizada la paciente pasa a planta de hospitalización y se solicitan Hormonas tiroideas: TSH 0,01, T4 5,41. Ecografía abdominal: feto sin actividad cardíaca.

Orientación diagnóstica: Hiperemesis con alteración hidroelectrolítica. Bradipsiquia. Hipertiroidismo. Aborto diferido tardío.

Diagnóstico diferencial: Mielinolisis central pontina. Encefalopatía de probable causa metabólica. Tirotoxicosis gestacional transitoria. Tiroiditis autoinmune preconcepcional.

Comentario final: La paciente es valorada por Neurología por bradipsiquia, que tras realizar RM craneal y realizar una exploración detallada se descarta patología por su parte y se incluye dicha clínica como parte del trastorno metabólico que sufre la paciente. A nivel endocrino se realiza una ecografía tiroidea la cual es normal y dado que la paciente no presenta clínica de hipertiroidismo, ni clínica de Graves no se inicia tratamiento con antitiroideos ante la sospecha de que pudiera tratarse de una tiroiditis.

Bibliografía

1. Lazzarus J. Thyroid regulation and dysfunction in the pregnant patient. Endocrine Education Inc, South Dartmouth, Octubre 2011 [citado 1 Ago 2012].
2. Gärtner R. Thyroid diseases in pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol. 2009;21:501-7.

Palabras clave: Hiperemesis. Hipertiroidismo. Bradipsiquia. Aborto.