



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/4276 - UNA ALTERACIÓN HORMONAL LETAL

R. López Latorre

Médico Residente de 3<sup>er</sup> 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 hiperémesis, 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 O<sub>2</sub> 98% basal. Conjuntivas con tinte icterico. 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, pCO<sub>2</sub> 42, pO<sub>2</sub> 114, Na 115, K 1,9, HCO<sub>3</sub> 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 cardiaca.

**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.