

a través de la placenta, presentando el niño un cuadro de hipertiroidismo, prematuridad, hipotrofia, insuficiencia cardíaca, etc. Superado el peligro inicial, el proceso suele durar un par de meses (tiempo de persistencia de las inmunoglobulinas transmitidas por la madre), pasado el cual la enfermedad se resuelve^{6,7}. En pacientes tratadas con bajas dosis de propiltiouracilo, la lactancia materna no está contraindicada⁸.

El caso que exponemos se inicia con la detección de una serie de signos y síntomas que fueron clínicamente la tríada clásica de exoftalmos, bocio y taquicardia, además de linfedema, siendo el resto de la exploración normal. Se confirmó la hiperfunción tiroidea mediante analítica.

Existen controversias respecto al tratamiento, siendo la intervención farmacológica la forma de elección en la mayoría de las ocasiones, frente a la quirúrgica, la cual no debe practicarse en el primer o tercer trimestre. Los anti-tiroideos conllevan un menor riesgo terapéutico evitando hipertiroidismo fetal y neonatal en el caso de títulos altos de IgG estimuladora de tiroides, si bien el principal inconveniente es la posibilidad de inducir hipotiroidismo fetal, de ahí la utilización de una dosis mínima que controle el hipertiroidismo materno, manteniendo los valores de T4 libre dentro de los límites normales⁹. Cabe resaltar el papel de la ecografía y de la punción de la glándula tiroidea en el manejo del bocio fetal como complicación de la enfermedad de Graves materna, aspecto poco aclarado en la bibliografía. En nuestro medio se valoró su utilidad, apareciendo dificultades en su realización⁸. El hipertiroidismo en la gestante es una enfermedad poco frecuente donde un diagnóstico y un tratamiento precoz, junto con una buena relación interniveles, permiten disminuir su morbilidad.

J. MENA^a, A. LÓPEZ^b, M.I. ROMERO^c y J.C. PARRA^d

^aMédico Especialista en Obstetricia y Ginecología del dispositivo de apoyo del Distrito Sanitario Málaga. ^bMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. ^cFEA. Pediatría. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. ^dMIR en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Pan A, Caso Peláez E, Rodríguez Arnao D. Hipertiroidismo. En: Tratado de medicina interna. Barcelona: Medicine (6.^a ed.). 1993; 37: 1611-1622.
- Carrera Maciá JM et al. En: Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Dexeus. Barcelona: Salvat, 1988; 201-202.
- Lucas A, Pizarro E, Granada ML, Salinas I. Postpartum thyroiditis: epidemiology and clinical evolution in a non selected population. *Thyroid* 2000; 10: 71-77.
- Nicaise C, Gire C, Bremond V. Neonatal hyperthyroidism in a premature infant born to a mother with Graves disease. *Arch Pediatr* 2000; 7: 505-508.
- Mayer DC, Horp J, Baucom D, Spielman FJ. Hyperthyroidism and seizures during pregnancy. *Am J Perinatol* 1995; 12: 192-194.
- Wallace C, Couch R, Ginsber J. Fetal thyrotoxicosis: a case report and recommendations for prediction, diagnosis, and treatment. *Thyroid* 1995; 5: 125-128.
- Hadi HA, Strickland D. Prenatal diagnosis and management of fetal by maternal Grave's disease. *Am J Perinatol* 1995; 12: 240-242.
- Lazarus JH. Thyroxine excess and pregnancy. *Acta Med Austr* 1994; 21: 53-6.
- Agusti A. Safety of antithyroid drugs in pregnancy. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112: 236.

VIH y atención primaria

Sr. Director: Como generalista que trata habitualmente enfermos con infección por VIH/sida, dado que trabajo en una prisión desde hace años, he leído atentamente el artículo de Manuel Ruiz López sobre "Manejo práctico de pacientes infectados por el VIH en atención primaria" (*SEMERGEN* 2000; 26: 432-436) y me gustaría realizar una crítica, que espero sea constructiva, sobre algunos aspectos del citado artículo.

En la primera parte del trabajo propone el autor una secuencia metodológicamente intachable, pero que queda muy lejos de la realidad actual de la atención primaria. Que yo sepa, y exceptuando algún centro de salud de Cataluña, País Vasco o Madrid, siempre en plan piloto o mediante protocolos guiados por el hospital de referencia, los médicos de atención primaria no llegan ni al punto 3 de la secuencia descrita, y ante un VIH⁺ el enfermo es inmediatamente derivado al servicio de medicina interna o de infecciosas más próximo.

Sería interesante saber si esta actitud se debe a una nula intención de tratar a estos enfermos por parte de los médicos, o bien a las trabas administrativas a que se ven sometidos, como la imposibilidad de acceso a pruebas diagnósticas y analíticas o el carácter exclusivamente hospitalario de la prescripción y dispensación de los antirretrovirales.

Como bien dice el autor, la infección VIH es hoy, "casi", una enfermedad crónica, y en mi opinión los médicos de primaria deberían poder diagnosticar, controlar y tratar a estos enfermos, dejando el hospital para episodios o técnicas diagnósticas de imposible atención en el primer escalón asistencial.

Pero lo que verdaderamente me ha dejado perplejo, por incompleto e inexacto, es el contenido de las tablas 4 y 5 del artículo. Abacavir (Ziagen[®]) es un inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa ya comercializado que no se incluye, al igual que Combivir[®] (AZT + 3TC); delavirdina es un fármaco no comercializado en España, y de este mismo grupo (inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa) no se incluye efavirenz (Sustiva[®]), que sí lo está; tampoco se incluye Fortovase[®], presentación en gel blando de saquinavir. De otro lado, la tabla 5 es inexacta por completo en lo que se refiere al inicio del tratamiento, ya que el principal parámetro a tener en cuenta es la carga viral, y no hay indicaciones de terapia con 2 fármacos o con uno excepto en el caso de seropositivas embarazadas, en que se admite la monoterapia con AZT por tiempo limitado^{1,2}, y ello a causa del riesgo de teratogenicidad que presentan estos fármacos.

Sr. director, flaco favor se hace a los generalistas proporcionándoles, como es el caso, información inexacta por anticuada. Muchas gracias.

J. GARCÍA GUERRERO
Centro Penitenciario de Castellón. Castellón.

BIBLIOGRAFÍA

- Department of Health and Human Services (DHHS). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. January 2000. (En <http://www.hivatis.org>)
- Carpenter CH, Cooper DA, Fischl MA, Gatell JM, Gazzard BG, Hammer SM et al. Antiretroviral therapy in adults. Update recommendations of the International AIDS-Society USA Panel. *JAMA* 2000; 283: 381-390.