



Caso clínico

20 de Octubre de 2021

Dra. Pintor / Dra. Blanco

Motivo de consulta

- Mujer de 30 años remitida a consulta de diagnóstico rápido por **fiebre y disestesias**.



Antecedentes

PERSONALES:

- Intolerancia a clavulánico.
- Niega hábitos tóxicos.
- Asma bronquial.
- Dermatitis atópica.
- Hipotiroidismo subclínico.
- No intervenciones quirúrgicas.

TRATAMIENTO HABITUAL:

- Desogestrel
- Symbicort
- Ventolin
- Paracetamol.



Enfermedad actual

- Cuadro de **3 meses** de evolución que comienza **un mes después de dar a luz** (parto eutócico, prematuro de 34 semanas, con **epidural**) de **debilidad en MMII**, progresivamente **parestesias** sobre todo cuando está **sentada** y **dolor** por las **noches**.
- Dos-tres semanas antes de la consulta comienza con **fiebre** sin claro predominio horario y sudoración; y cierta **debilidad en manos** (se le caen las cosas). **Cefalea** con los episodios febriles. Pérdida de **9 kg de peso** tras el parto. Se encuentra **irritable**, labilidad emocional. Insomnio de conciliación
- Valorada por **traumatología** un mes antes: exploración normal salvo ligera hipoestesia en cara externa de pierna derecha. Pendiente de completar estudio.

Exploración física

- Buen estado general. Bien perfundida. No lesiones cutáneas. No adenopatías periféricas palpables.
- CyC: **Tiroides** ligeramente **aumentado** de tamaño, **no** doloroso. No se palpan nódulos.
- AC: Rítmico a **120 lx'**, sin soplos audibles.
- AP: Normal.
- Abdomen y EE: sin hallazgos significativos.
- NEUROLOGICO: PIN. MOE. No disimetrías. ROTs ++. Tono y trofismo muscular conservado y simétrico. No clara alteración sensitiva. **Temblor** fino distal en EESS. Marcha normal.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea

HEMOGRAMA:

- Leucocitos 3.800
(fórmula normal)
- Hb 12.5
- Plaquetas 265.000
- VSG 39

- COAGULACION: Normal.

BIOQUIMICA:

- Glucosa: 82
- Urea: 34
- Creatinina: 0.79
- FG: 100
- Ac úrico: 4.6
- GOT: 13
- GPT: 13
- Fosfatasa Alcalina: 59
- GGT: 6
- Colesterol: 205
- TG: 101
- HDL: 52
- LDL: 133
- Calcio: 10

- Fósforo: 4.6
- Amilasa: 57
- CK: 33
- Bilirrubina: 0.28
- Fe: 80
- Transferrina: 259
- IST: 31%
- Ferritina: 82
- PCR: 3.1
- Factor reumatoide: 40
- Vit B12: 355
- Ácido fólico: 2.71

Pruebas complementarias: Imagen rx

- RX tórax: Normal
- Rx columna lumbar: Probable sacralización de L5



Otros especialistas

TRAUMATOLOGÍA

“Rx anodinas, parece haber sacralización de L5, pero difícil de valorar con estas Rx. Dos meses de evolución es mucho tiempo para continuar clínica posiblemente secundaria a infiltración epidural.

Citamos con carácter preferente en consultas de la unidad de columna, para explorar y valorar si pedir IC urgente a anestesia.”

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Factor reumatoide: 40
- Ac tiroglobulina: 184
- TSH 0.0147
- VSG 39
- Discreta leucopenia 3.8 con hipergammaglobulinemia

“Contacto telefónico para asegurar que **no toma medicación tiroidea.**

Me comenta que sigue con la pérdida de **fuerza** en **MMII**, no constante y ahora también se le caen a veces las cosas de las **manos.**”

Linea temporal

Parto prematuro
eutócico. EPIDURAL

0

TRAUMA: Normal salvo
hipoestesia en cara
externa derecha.

+2
MESES

CONSULTA DIAGNOSTICO
RÁPIDO: Fiebre,
disestesias,
taquicardia, temblor

+3
MESES

+1
MES

INICIO CUADRO:
Debilidad en MMII
Parestesias progresivas
sentada, dolor noches.

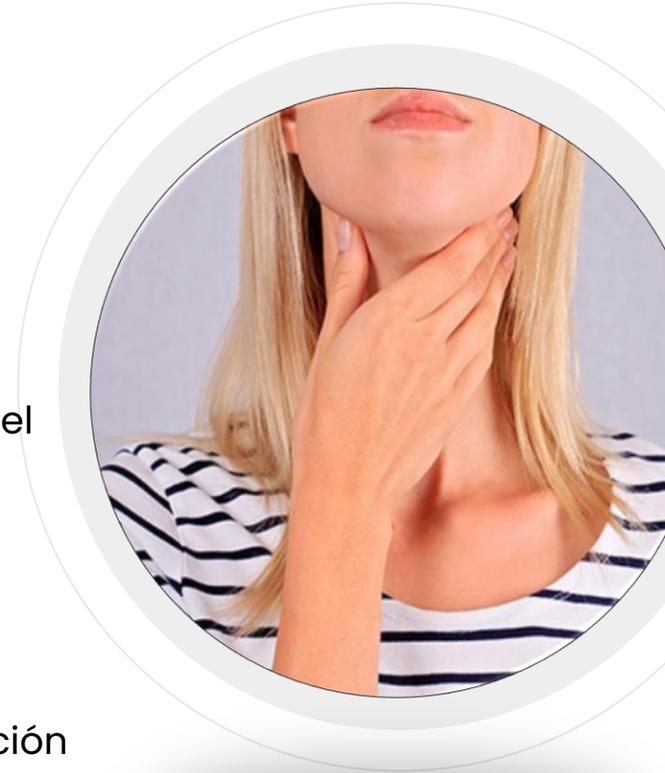
+2,5
MESES

Fiebre
Debilidad MMSS
Cefalea, irritabilidad
- 9 Kg peso

Hipertiroidismo posparto

TIROIDITIS POSPARTO

- Variante de tiroiditis autoinmune crónica, predispone enfermedad autoinmune tiroidea subclínica al principio del embarazo.
- Signos leves: fatiga, pérdida de peso, palpitaciones, intolerancia al calor, ansiedad, irritabilidad, taquicardia y temblor.
- 86% de tirotoxicosis posparto a los 3 meses
- Secuencia: Hipert: i 1-4 m/ d 2-8 s, Hipot d 2-8 s, recuperación
- Glándula tiroides levemente agrandada, difusa e indolora



Hipertiroidismo posparto

ENFERMEDAD DE GRAVES

- 100% de las tirotoxicosis después de 6,5 meses del posparto.
- Más sintomáticos, tienen más agrandamiento de la tiroides y pueden tener oftalmopatía o mixedema pretibial.
- No siempre habría oftalmopatía, distinción difícil.
-



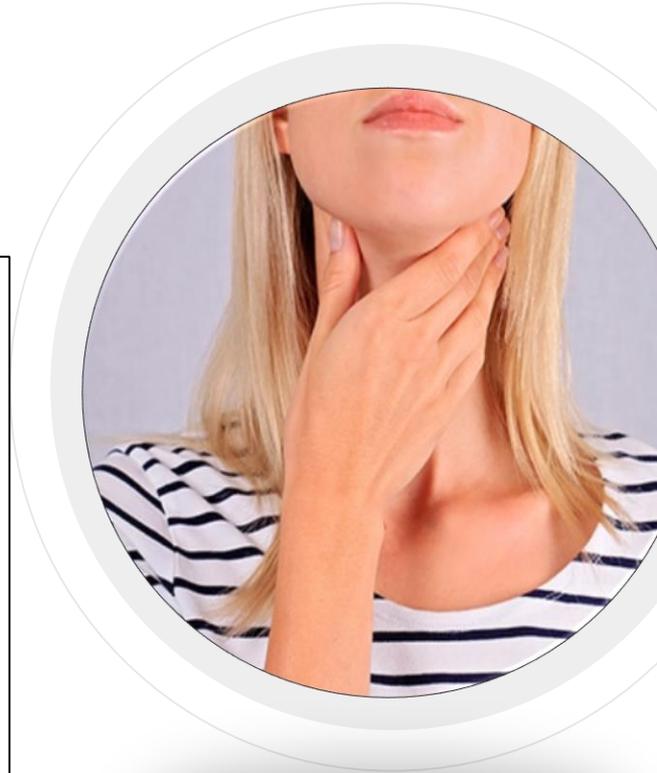
Hipertiroidismo posparto

TIROIDITIS POSPARTO

- 3-4 semanas función tiroidea mejora
- Flujo sanguíneo bajo
- Autoanticuerpos circulantes contra la tiroglobulina (TgAb) y contra la peroxidasa tiroidea (TPOAb)

ENFERMEDAD DE GRAVES

- Persistencia
- Flujo sanguíneo elevado
- Captación yodo radiactivo (lactancia?)
- Niveles de anticuerpos antireceptor de tirotropina sérica TRAb,



Complicaciones parto

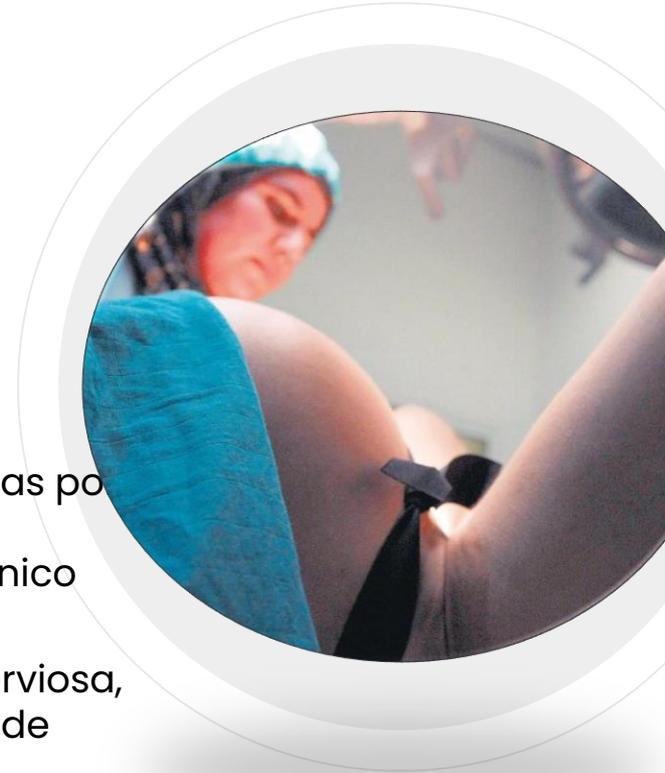
NEUROPATIA POSPARTO

- Mononeuropatías por compresión, estiramiento, transección o lesión vascular.
- Nervio cutáneo femoral lateral
- Anestesia neuroaxial: hematoma epidural y el absceso epidural
- Investigar macrosomía, presentación, posición prolongada...

SACRALIZACIÓN L5

- Anomalía estructural, congénita
- Posible causa de hernias por un incorrecto funcionamiento mecánico entre vértebras L-S.
- Posible compresión nerviosa, es causa de estenosis de canal.

Empeoramiento parestesias al sentarse/dolor por las noches....





Mi presunción diagnóstica

1

Tiroiditis postparto

2

Traumática

3

Infecciosa

Pruebas complementarias

Tiroides

Pruebas de función
Captación Yodo
radiactivo o EcoD

Electroforesis proteínas en suero

Hipergammaglobulinemia + VSG ..

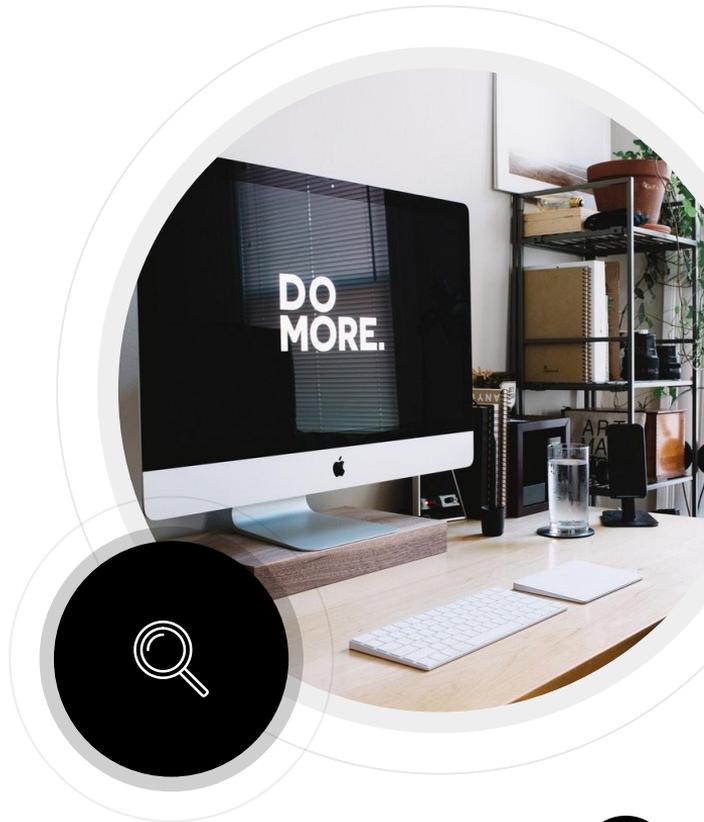
RMN

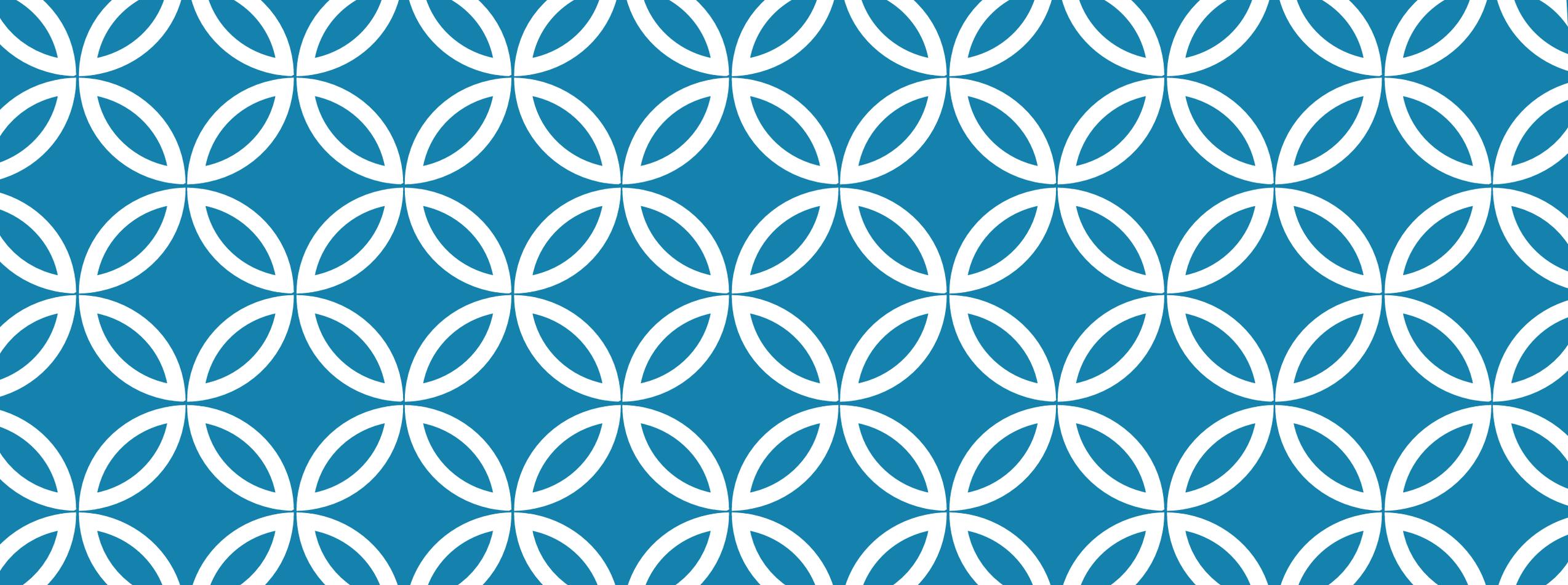
Cerebral y
columna

AS con Hg, Ac y serologías

Hemocultivos, urocultivos

+/- PL



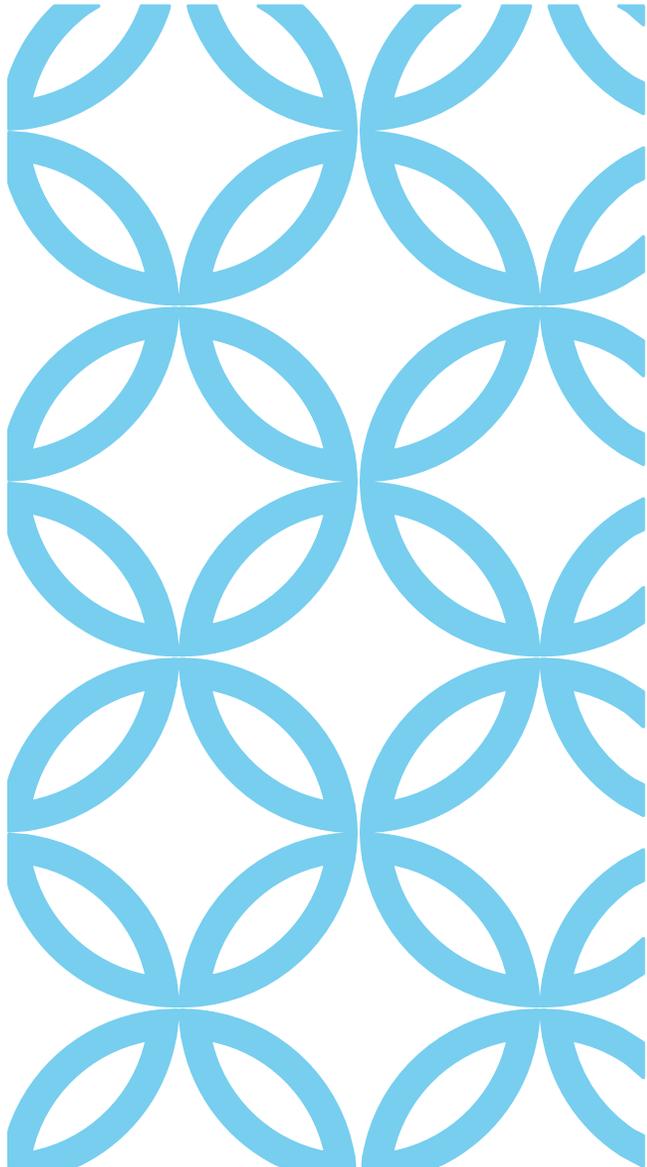


SESION CLINICA

20/10/21

Dra. Pintor

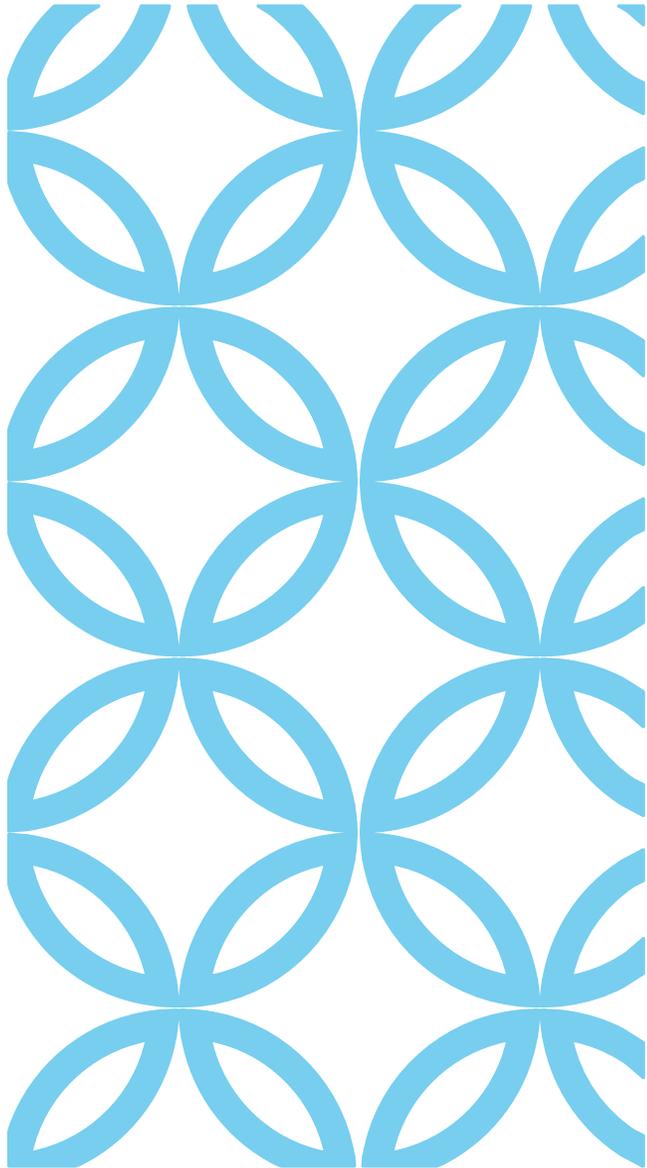
Dra. Blanco



Analítica durante el embarazo: TSH 5,6 con T4 en rango normal. Anticuerpos negativos

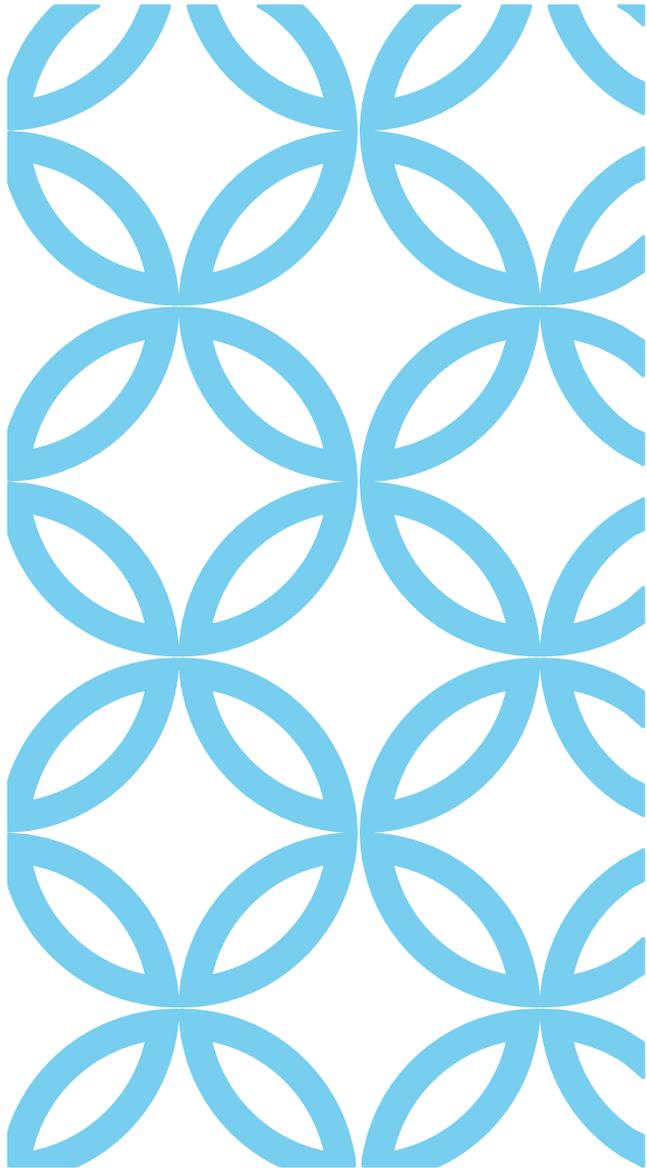
P. Complementarias:

- TSH 0.005, T4 2.94, T3 0.47
 - Anticuerpos Anti TPO, TSI negativos.
 - Antitiroglobulina +
-



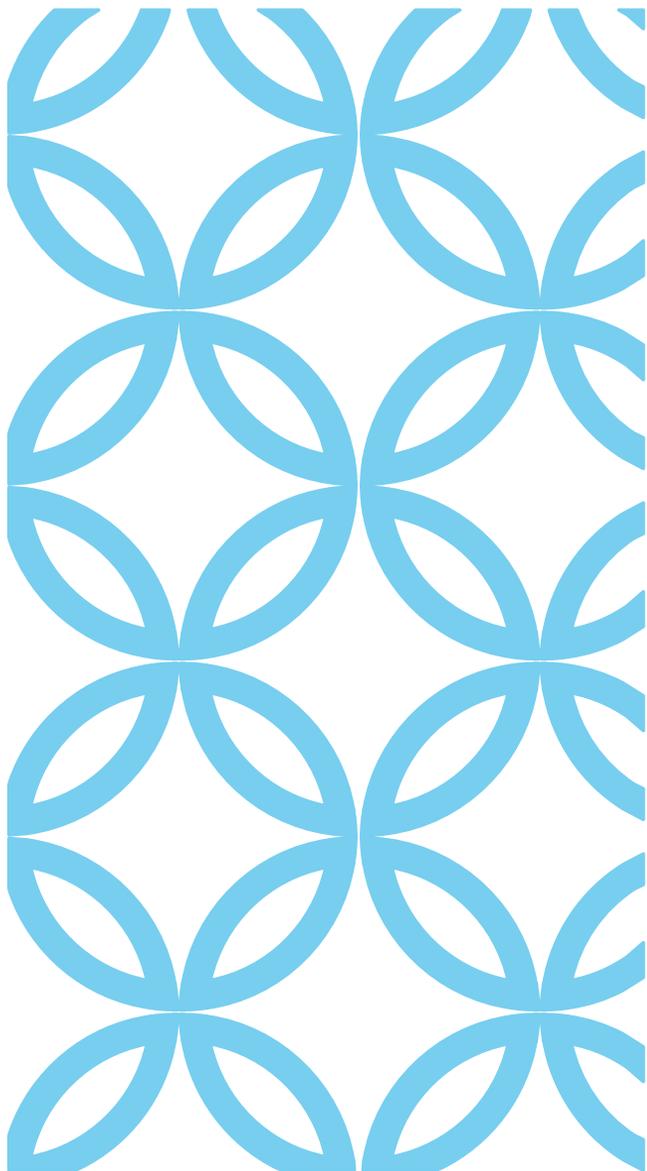
ECOGRAFIA TIROIDEA: ligero aumento de tamaño, morfología y ecogenicidad normal. No se identifican nódulos tiroideos ni aumento de vascularización

-Gammagrafia tiroidea: no realizada



DIAGNÓSTICO

TIROIDITIS POSPARTO
(Tiroiditis subaguda linfocítica silente)



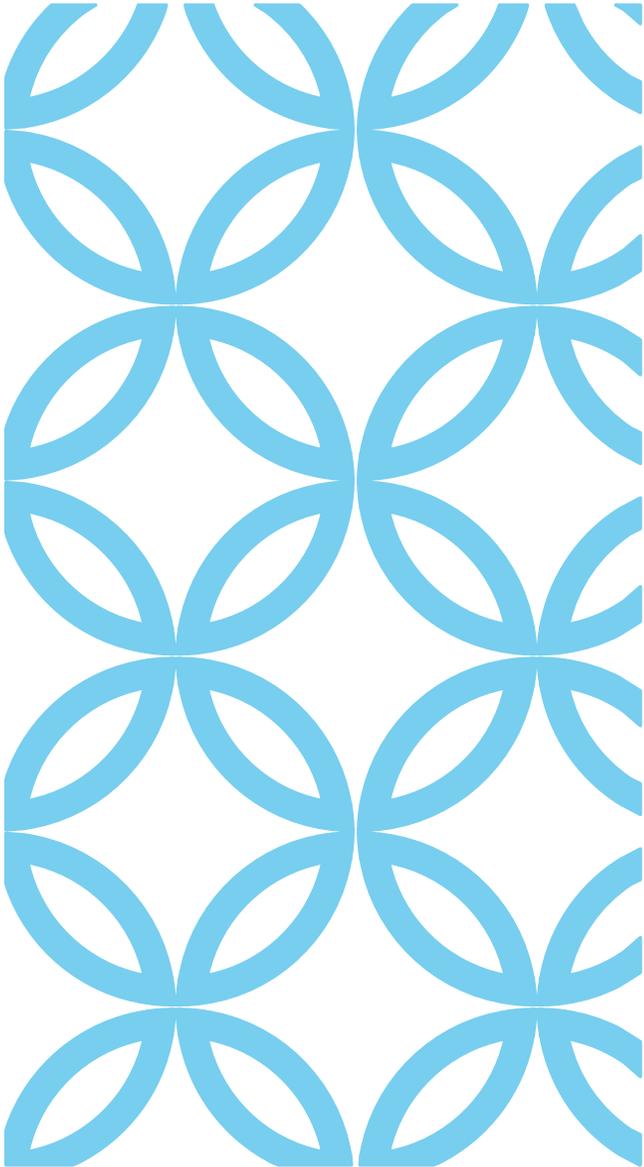
Disfunción tiroidea transitoria que aparece en el 5% de las mujeres en el primer año tras parto o aborto

La mayoría son oligosintomáticos y autolimitados

Puede recurrir en sucesivos embarazos.

Existe controversia acerca de la relación entre la tiroiditis postparto y la depresión postparto.

TIROIDITIS POSPARTO

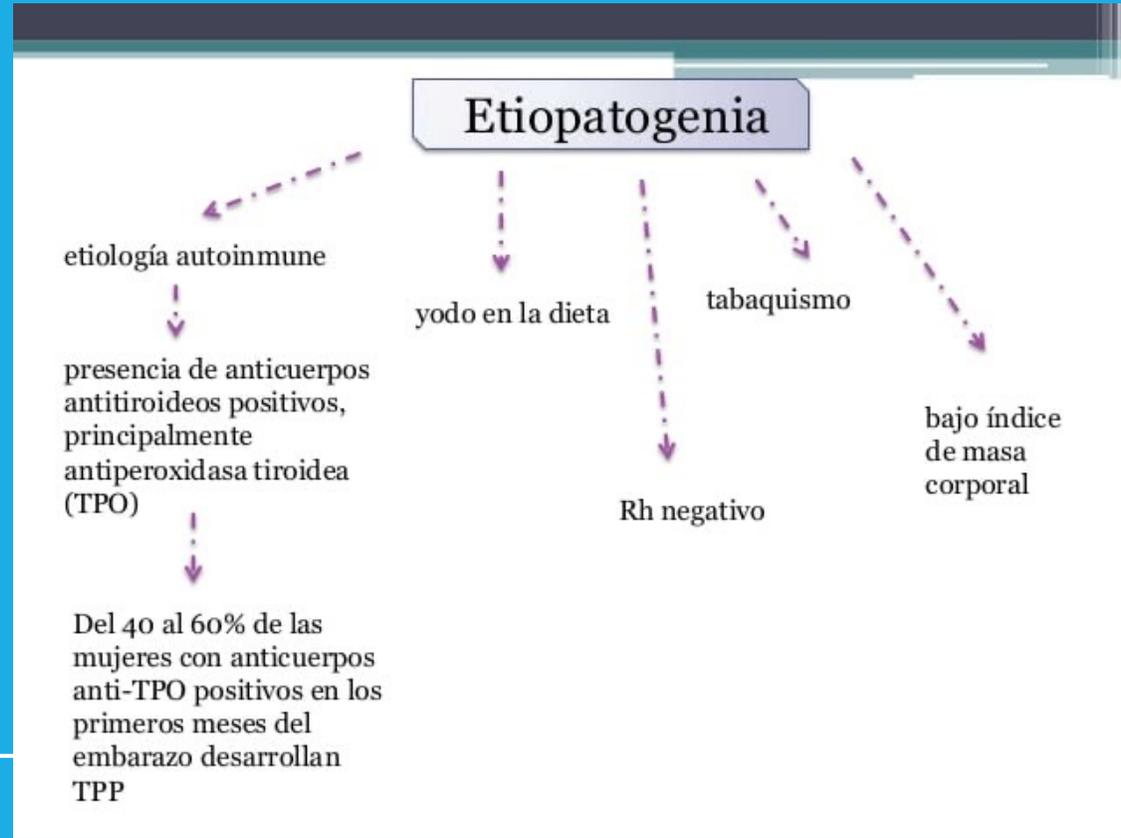
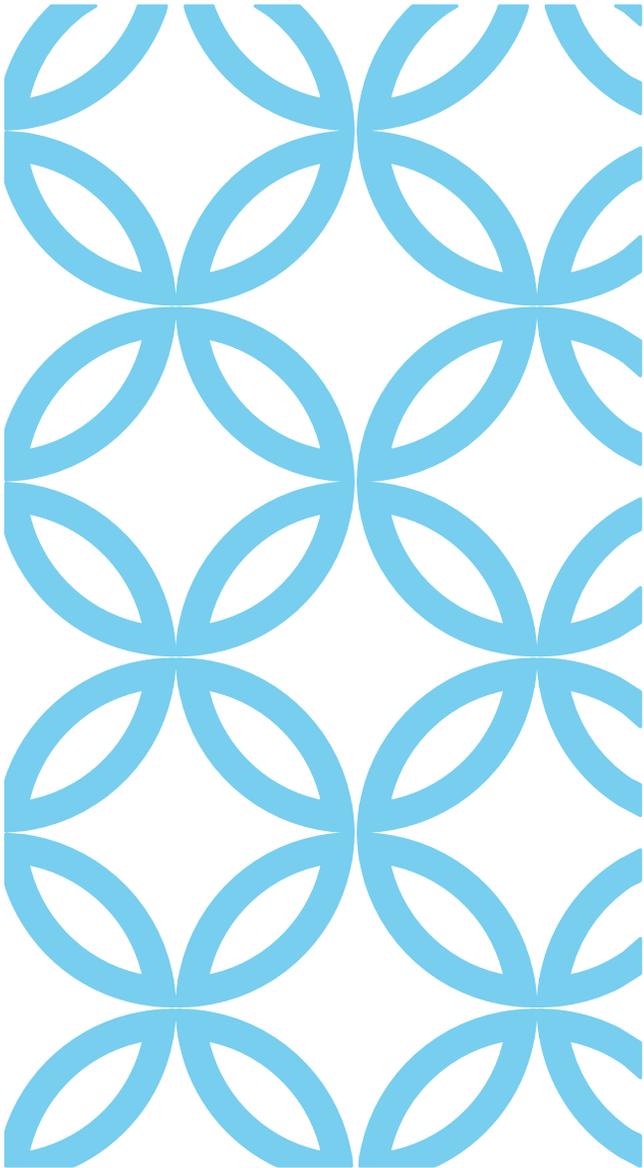


ETIOPATOGENIA

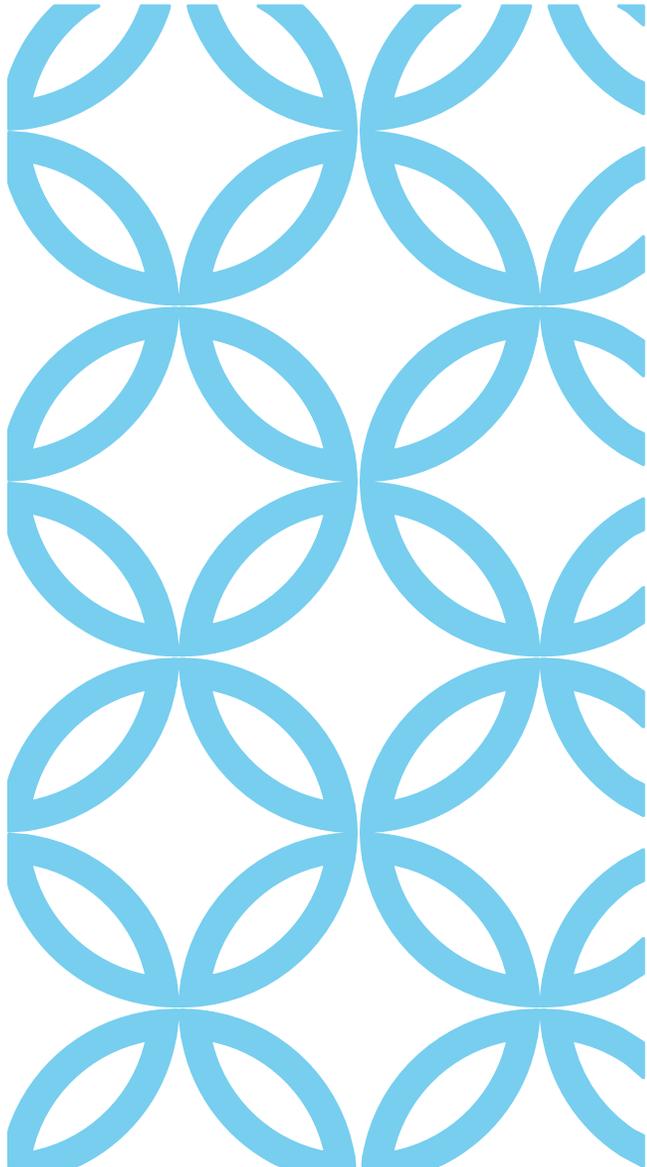
Origen autoinmune:

- 50% de las pacientes Ac anti-TPO o anti-tiroglobulina + en el primer trimestre del embarazo desarrollarán tiroiditis postparto (a mayor título de anticuerpos, mayor riesgo de TPP).
 - El riesgo es hasta tres veces superior en pacientes con otras enfermedades autoinmunes (DM-1, LES, Enf. Graves)
-

TIROIDITIS POSPARTO



TIROIDITIS POSTPARTO



Histología:

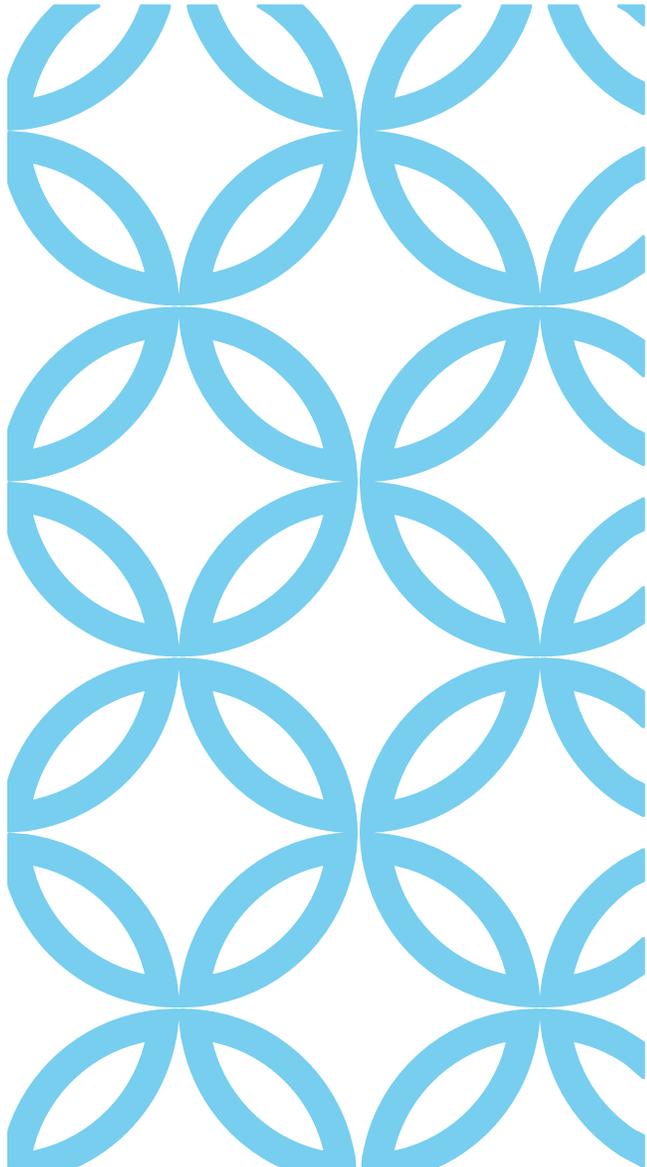
Infiltración linfocitaria: destrucción celular difusa, que provoca un exceso de liberación de hormonas tiroideas (fase de tirotoxicosis)

Pérdida significativa de células tiroideas
(fase de hipotiroidismo),



Crecimiento celular y recuperación con ello de la función tiroidea

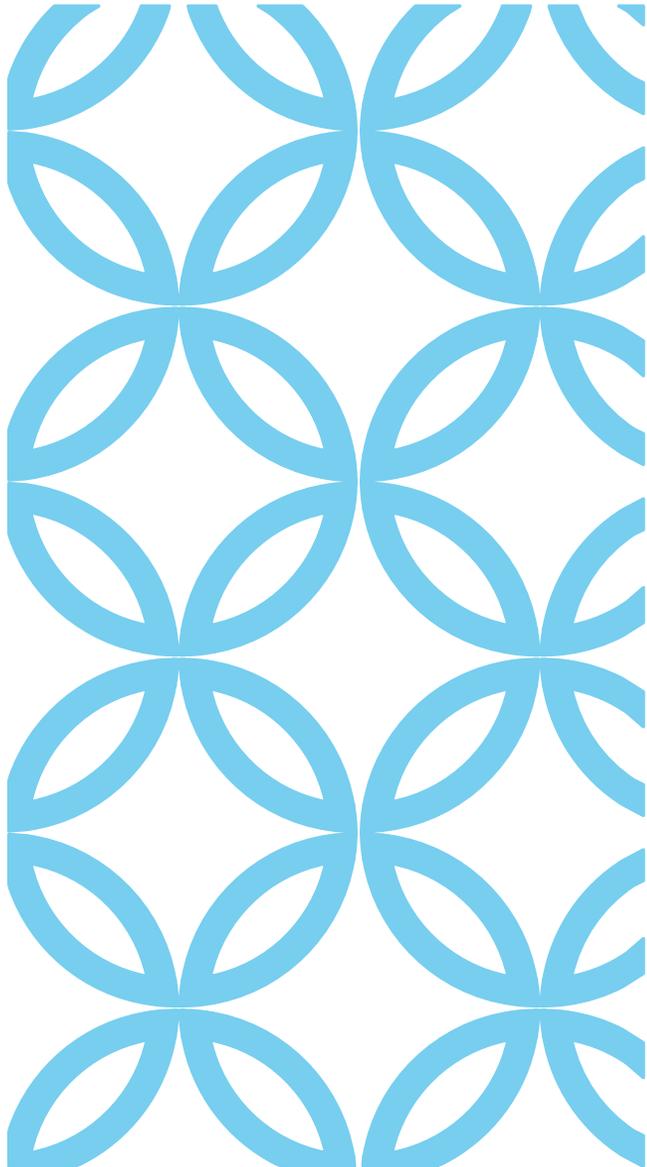
TIROIDITIS POSPARTO



CLINICA

- Forma clásica (25%): hipertiroidismo seguido de hipotiroidismo
- 30% presenta sólo la fase hipertiroidea
- 48% solamente la hipotiroidea
- Expl: puede estar presente un bocio pequeño difuso, no doloroso y de consistencia firme

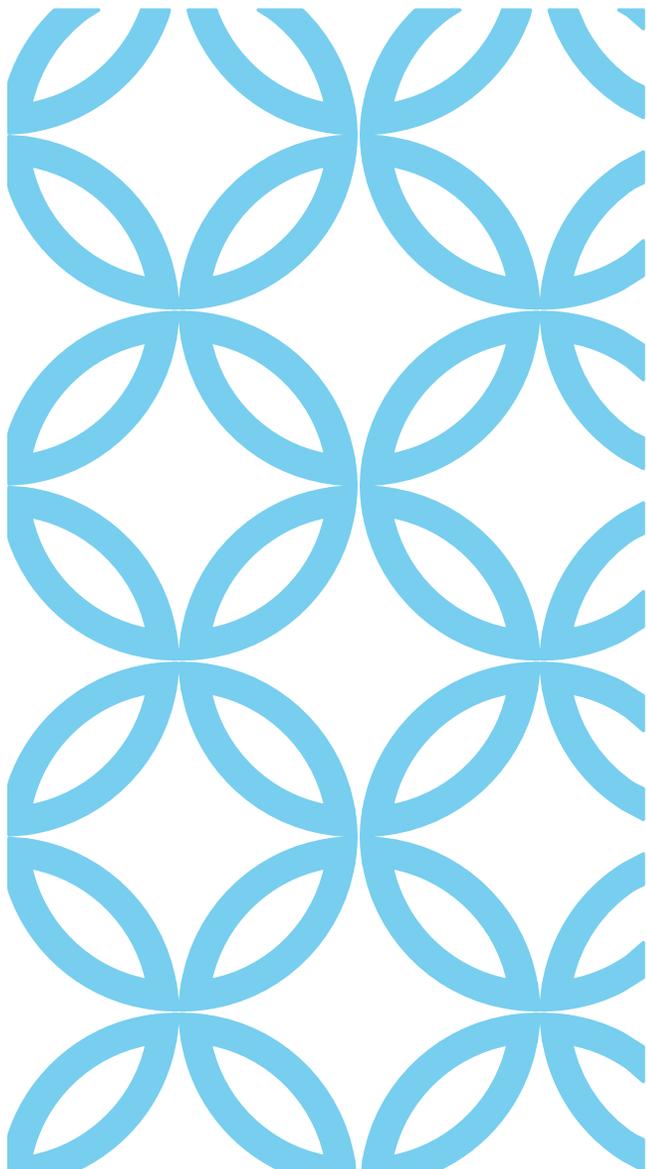
TIROIDITIS POSPARTO



DIAGNOSTICO:

- Sospecha clínica
 - Laboratorio: T3, T4, TSH
Ac Anti-TPO, Anti tiroglobulina,
TSI negativo
 - Imagen: ecografía y gammagrafía
 - (Biopsia: solo en casos dudosos)
-

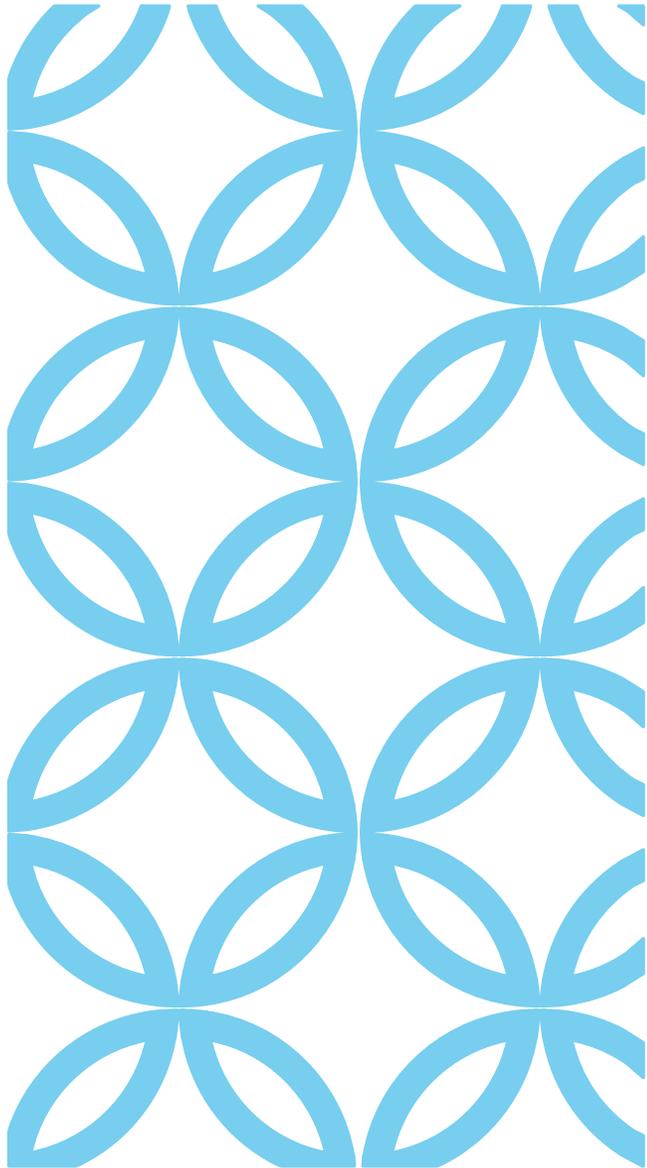
TIROIDITIS POSPARTO



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

	TPP	GRAVES
Tirotoxicosis	++++	++
Exoftalmos, Bocio difuso	-	+
Gammagrafía	Captación baja	Captación normal o alta
TSI	-	+

TIROIDITIS POSPARTO

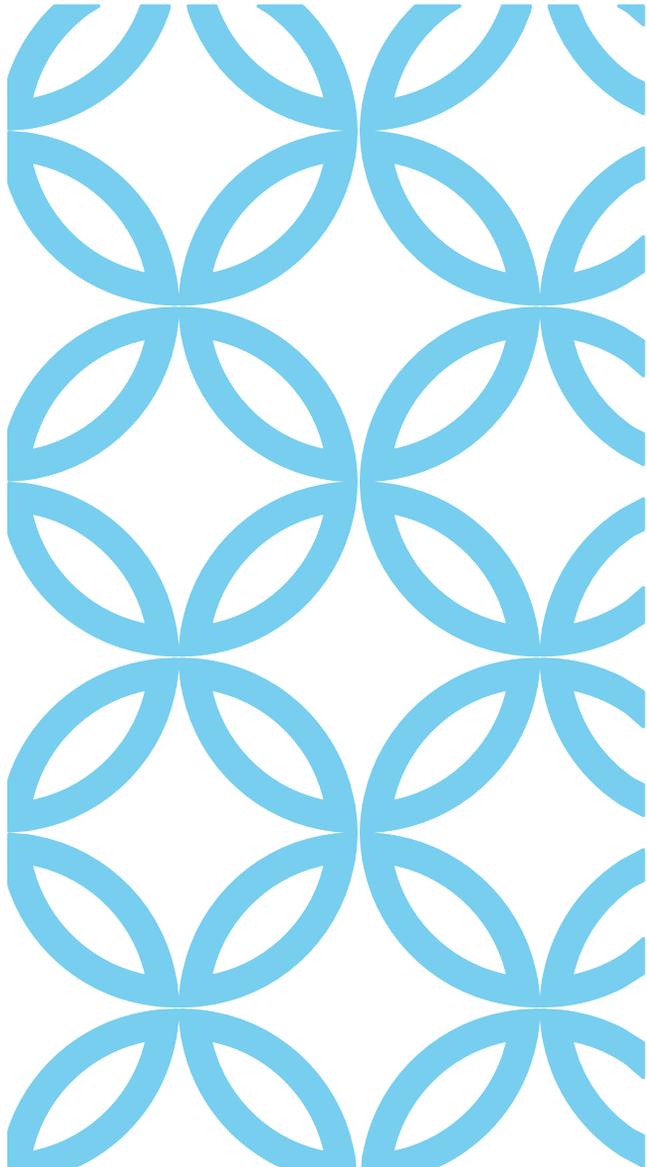


TRATAMIENTO

Solo en casos muy sintomáticos

-Betabloqueante (propranolol): dosis bajas

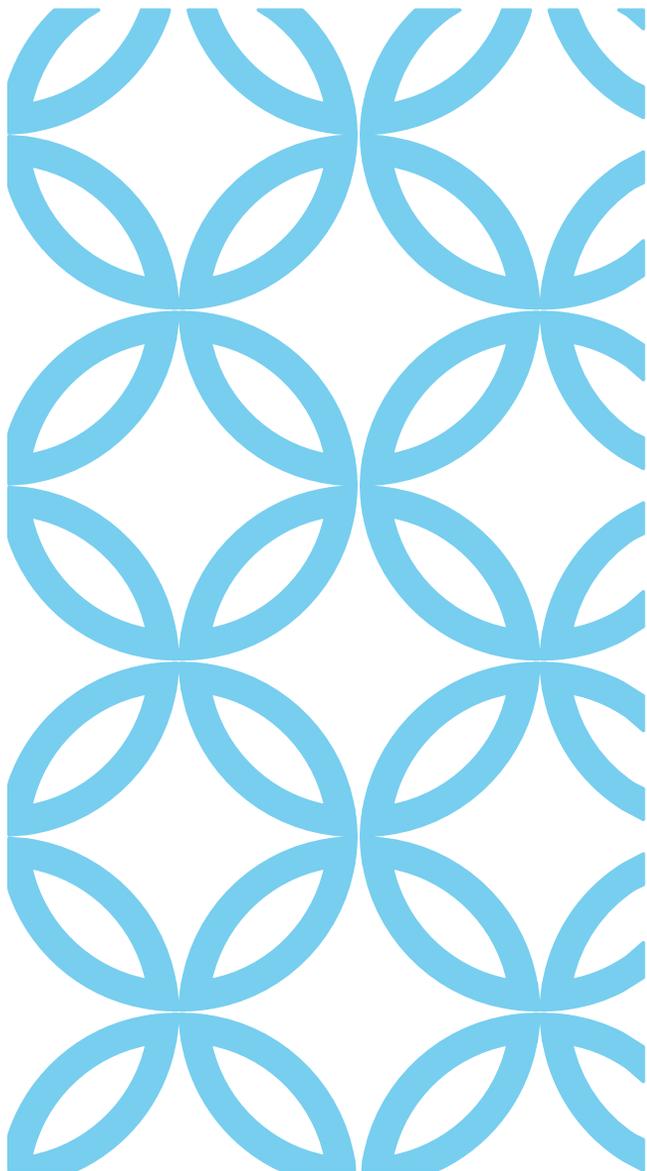
TIROIDITIS POSPARTO



EVOLUCION:

- Eutiroides: 80 % recupera la función normal
 - Hipotiroidismo permanente (10-20%): incluso después de un periodo eutiroides
 - Fact. riesgo: pacientes mayores, múltiparas
abortos espontáneos
Títulos altos de anti-TPO
TSH ↑↑ en fase de hipotiroidismo
-

TIROIDITIS POSPARTO



CRIBADO POSTPARTO

1. Mujeres con diabetes mellitus tipo 1.
2. Episodio previo de TPP.
3. Mujeres con historia conocida de anticuerpos anti-TPO positivos.
4. Historia personal o familiar de enfermedad autoinmune.
5. Antecedente de aborto/s.
6. Depresión posparto (el hipotiroidismo es causa de depresión posparto)

TIROIDITIS POSPARTO



Gracias