



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

“HIPERTIROIDISMO EN EL EMBARAZO”

TRABAJO DE TITULACIÓN:

TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentado para optar al grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTORA: JENNIFER MELISA BONILLA SILVA

Riobamba – Ecuador

2018



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“HIPERTIROIDISMO EN EL EMBARAZO”

TRABAJO DE TITULACIÓN:

TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentado para optar al grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTORA: Jennifer Melisa Bonilla Silva

DIRECTOR: DR. IVAN ROBERTO OCAMPO SANCHEZ

Riobamba – Ecuador

2018

2018, Jennifer Melisa Bonilla Silva

Se autoriza con fines académicos, la reproducción total o parcial, por cualquier medio, incluyendo la cita bibliográfica del documento y reconociendo siempre el Derecho de Autor.

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

El Tribunal del trabajo de la titulación certifica que:

El trabajo de titulación: Tipo Análisis de Casos “HIPERTIROIDISMO EN EL EMBARAZO”, de responsabilidad de la señorita BONILLA SILVA JENNIFER MELISA, ha sido minuciosamente revisando por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, quedando autorizada su presentación.

	FIRMA	FECHA
Dra. María Belén Goyes PRESIDENTE DEL TRIBUNAL	_____	_____
Dr. Iván Roberto Ocampo Sánchez DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	_____	_____
Dr. Julián Chuquizala Chafra MIEMBRO DEL TRIBUNAL	_____	_____

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, JENNIFER MELISA BONILLA SILVA, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el Trabajo de Titulación modalidad Análisis de Casos y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

Jennifer Melisa Bonilla Silva

C.I: 1500801350

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico primeramente con mucho amor y agradecimiento a Dios por haberme dado la fuerza y la constancia en cumplir mi meta.

A mis padres Rocío y Francisco, los cuales han un sido pilar fundamental en cada uno de mis logros, porque gracias a sus consejos, a su amor y a su entrega me han guiado en el transcurso de mi vida.

A mi hermano Joseph quien me ha brindado su apoyo incondicional y siempre ha estado a mi lado.

A Franklin Deymar Hinojosa Suarez por guiarme y brindarme su apoyo durante gran parte de mi vida.

Melisa

AGRADECIMIENTOS

Primeramente un agradecimiento a mi Dios todopoderoso, por haberme dado la fuerza y la constancia en cumplir mi meta.

A mis padres Rocío y Francisco, los cuales han un sido pilar fundamental en cada uno de mis logros, porque gracias a sus consejos, a su amor y a su entrega me han guiado en el transcurso de mi vida.

A mi hermano Joseph quien me ha brindado su apoyo incondicional y siempre ha estado a mi lado y a mi familia.

A Franklin Deymar Hinojosa Suarez por guiarme y brindarme su apoyo durante gran parte de mi vida.

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo quien me abrió las puertas para cumplir mi sueño y me lleno de conocimientos y experiencias.

Al Hospital José María Velasco Ibarra de Tena, en donde curse 1 año de internado lleno de aventuras y sobretodo conocimiento.

A mi tutor, el Dr. Iván Ocampo quien con su paciencia y conocimiento aportó y guió para la realización de este trabajo.

A mis grandes amigos por ser siempre incondicionales y compartir a mi lado grandes momentos durante la carrera, al igual que todos mis amigos de internado.

Melisa

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	¡Error! Marcador no definido.
SUMARY	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
REVISIÓN DE LA LITERATURA	2
1.1. Epidemiología	2
1.3. Etiología	3
1.4. Diagnóstico clínico.....	3
1.6. Diagnóstico de laboratorio	5
1.7. Diagnóstico diferencial.....	5
1.8. Tratamiento	6
CAPÍTULO II	9
2. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.....	9
2.1. Datos de Filiación:.....	9
2.2. Motivo de consulta:	9
Alza térmica y dolor lumbar	9
2.4. Enfermedad actual	9
2.5. Revisión por aparatos y sistemas	10
2.6. Antecedentes:.....	10
2.6.2. Familiares	10
2.6.4 Antecedentes Gineco-Obstétricos:.....	11
2.7. Examen físico:	11
2.7.1. Examen físico general	11
2.7.2. Signos vitales:	11
2.7.3. Antropometría:.....	12
2.7.4. Examen físico regional.....	12
2.8. Resumen de datos positivos	13
2.9. Impresión Diagnóstica	14
2.10. Exámenes de ingreso	14
2.11. Diagnóstico diferencial.....	19
2.12. Diagnóstico definitivo	19
2.13. Tratamiento	19
2.14. Evolución del paciente en hospitalización	20

2.15. Seguimiento post- hospitalario.....	21
CAPÍTULO III.....	24
3.1 Discusión	24
3.2 Conclusiones	26
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Causas del hipertiroidismo en el embarazo	3
Tabla 2-1: Síntomas de enfermedades de Graves	4
Tabla 3-1: Hipertiroidismo por enfermedad de Graves vs. Tiroxicosis gestacional	6

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-2: Valores diarios de temperatura durante la hospitalización de la paciente.....	21
Gráfico 2-2: Valores diarios de frecuencia cardiaca durante la hospitalización de la paciente.	21

ÍNDICE DE ANEXOS

Imágenes de resultados de laboratorio e imagen.

Anexo A: Consentimiento informado

RESUMEN

Antecedentes: El hipertiroidismo en el embarazo, es un trastorno funcional de la glándula tiroidea que se presenta aproximadamente en 2 de cada 1000 mujeres embarazadas que se caracteriza por la hiperactividad de la glándula lo que provoca un aumento de síntesis y excreción de hormonas tiroideas. Tanto en el embarazo como en el hipertiroidismo existe un hipermetabolismo y circulación hiperdinámica manifiesta en el cuadro clínico característico de bocio, taquicardia en reposo, pérdida o dificultad de ganancia de peso inapropiado a pesar de la buena ingesta de alimentos, signos y síntomas de insuficiencia cardíaca, intolerancia al calor, sudoración excesiva durante el embarazo lo que conducen a la realización de pruebas tiroideas. **Objetivo:** El objetivo del presente análisis es presentar un caso clínico de una paciente con hipertiroidismo en el embarazo, causada por la Enfermedad de Graves, su evolución, manejo y resultados. **Materiales y métodos:** La presentación de un caso clínico de una paciente de 18 años de edad, quien acude al servicio de Emergencia por presentar patología urinaria y tras su valoración presenta síntomas y signos compatibles con hipertiroidismo, se realiza un análisis mediante revisión bibliográfica de su manejo y complicaciones tanto para la madre como para el producto. **Resultados:** La paciente tuvo poca adherencia al tratamiento, los valores de las concentraciones séricas tanto de hormonas tiroideas (FT4 y FT3) como de TSH no se llegaron a normalizar, presentando un parto pretérmino con un recién nacido estable y sin complicaciones. **Conclusiones:** Poca adherencia al tratamiento por baja nivel socioeconómico de la paciente.

Palabras clave: <TECNOLOGÍAS Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA>, <HIPERTIROIDISMO>, <EMBARAZO>, <ENFERMEDAD DE GRAVES>, <TSH (HORMONA)>, <FT4 (HORMONA)>, <FT3 (HORMONA)>.

SUMMARY

Background: Hyperthyroidism in pregnancy is a functional disorder of the thyroid gland in which only 2 out of every 1000 pregnant women suffer. This disorder is characterized by hyperactivity of the gland, which causes an increase in synthesis and excretion of thyroid hormones. Both in pregnancy and in hyperthyroidism, a hypermetabolism and a hyperdynamic circulation is reflected in the characteristic clinical picture of goiter, resting tachycardia, loss or difficulty of weight gain in spite of the good food intake, signs and symptoms of heart failure, heat intolerance, excessive sweating during pregnancy which leads to the thyroid tests development. **Objective:** The objective of this research is to present the evolution, management, result and a clinical case of a pregnant patient with hyperthyroidism caused by Graves' disease.

Materials and methods: There was a clinical case of a patient of 18 years old female patient who attended to the hospital by the emergency room with urine disease and after being assisted is concluded that the patient had symptoms and signs of hyperthyroidism. The analysis of the development and the complications of this disease was carried out by bibliographic review of both the pregnant woman and the product. **Results:** The patient had little adherence to the treatment. The values of the serum concentrations of both thyroid hormones (FT4 and FT3) and the thyrotropin releasing hormones (TSH) were not normalized, having a preterm birth with a stable and healthy newborn baby. **Conclusions:** Little treatment adherence due to low socioeconomic status of the patient.

Keywords: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, < MEDICINE>, <HYPERTIROIDISM>, <PREGNANCY>, <GRAVES DISEASE>, <TSH (HORMONE)>, <FT4 (HORMONE)>, <FT3 (HORMONE)>.

INTRODUCCIÓN

El hipertiroidismo es un trastorno funcional de la glándula tiroidea caracterizada por la hiperactividad de la misma, causando síntesis y secreción excesiva de hormonas tiroideas.

En el embarazo existen cambios característicos en las concentraciones de las hormonas tiroideas, la glándula aumenta de tamaño un 10 % en países donde existe adecuada ingesta de yodo y 20 a 40% en áreas con deficiencia de yodo (Stagnaro , y otros, 2011), principalmente en el primer trimestre y aproximadamente 1 o 2 casos de hipertiroidismo gestacional ocurren por cada 1000 embarazos. Existe varias causas para el desarrollo de hipertiroidismo en el embarazo, la Enfermedad de Graves es la causa con mayor prevalencia, también puede presentarse en el bocio multinodular tóxico, adenoma tóxico y la tirotoxicosis transitoria gestacional. (Farreras, Rozman, & Cardellach, 2010)

Enfermedad de Graves es la etiología más frecuente de hipertiroidismo con un aproximado de 60-90% de los casos, presentando una afección multisistémica de naturaleza autoinmune, en el embarazo las hormonas tiroideas pueden presentarse elevadas y la TSH inhibida, cuyo diagnóstico diferencial se realiza con tirotoxicosis transitoria gestacional la cual se presenta principalmente en mujeres con hiperémesis gravídica, embarazos múltiples, mola hidatiforme, hiperreacción luteínica, tirotoxicosis gestacional familiar y es causada por concentraciones elevadas de gonadotropina coriónica humana. (Cooper & Laurberg , 2013)

Las consecuencias del manejo inadecuado del hipertiroidismo durante el embarazo se asocia trastornos en la madre como: trastornos hipertensivos como preeclampsia, partos prematuros, hemorragias posparto, tormentas tiroideas, insuficiencia cardíaca congestiva y en el feto: productos con bajo peso al nacer, restricción en el crecimiento intrauterino, muerte intrauterina fetal, hidrops fetal, hipotiroidismo fetal. (Cooper & Laurberg , 2013)

El tratamiento de elección radica en la administración de dosis menores de tiamidas o derivados de la tiourea, los cuales se encargan del bloqueo de la síntesis de hormonas tiroideas inhibiendo la organificación de la yodación de las tirosinas y del acoplamiento de las mismas para formar T4 y T3. (Farreras, Rozman, & Cardellach, 2010), siendo el propiltiouracilo, el fármaco de elección en mujeres embarazadas porque existe menor pasaje transplacentario que el metimazol. (León, 2014)

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. Epidemiología

En el hipertiroidismo, la enfermedad de Graves tiene mayor incidencia en mujeres en edad fértil presentándose de 55 a 80 casos por 100 000 mujeres al año mayores de 30 años. En mujeres de 20-29 años, la incidencia es de 35 a 50 casos por 100 000 mujeres al año y en mujeres menores de 20 años el riesgo es mucho menor. (Pila Pérez, Rosales Torres, & Artola González, 2014)

Por lo que el riesgo de que una mujer con enfermedad de Graves se embarace en edad fértil antes de los 30 años es de 0 al 5% aproximadamente y en mujeres mayores de 40 años de 1 a 3 %, las otras causas de hipertiroidismo son poco probables en las mujeres más jóvenes. La incidencia en que una mujer desarrolle hipertiroidismo durante el embarazo es de 0 a 0,5% (Pila Pérez, Rosales Torres, & Artola González, 2014)

En Reino Unido, el hipertiroidismo aparece en 2 de cada 1000 embarazos, en los cuales la Enfermedad de Graves continúa siendo la causa más común, principalmente en mujeres jóvenes con aproximadamente 85% de los casos y la tirotoxicosis transitoria gestacional mantiene una prevalencia de 2 a 3 % en Europa. (Hidalgo, 2013)

1.3. Etiología

Tabla 1-1: Causas del hipertiroidismo en el embarazo

Exceso de estimulación del receptor de TSH
<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad de Graves (auto anticuerpos receptores de TSH)• Tirotoxicosis transitoria gestacional (inducida por hCG)• Hipertiroidismo gestacional familiar (mutación receptor de TSH)• Enfermedad trofoblástica (inducida por hCG)• Adenoma pituitario productor de TSH
Secreción autónoma de la hormona tiroidea
<ul style="list-style-type: none">• Bocio tóxico multinodular• Adenoma tiroideo solitario y tóxico• Mutación del receptor de TSH genómico activador
Destrucción de folículos con liberación de hormona
<ul style="list-style-type: none">• Tiroiditis subaguda (granulomatosa, de Quervain) (viral infección)• Tiroiditis indolora (silenciosa) (autoinmunidad)• Tiroiditis aguda (infección bacteriana)
Fuentes extra tiroideas de hormona tiroidea
<ul style="list-style-type: none">• Sobre tratamiento con la hormona tiroidea• Consumo facticio de hormona tiroidea• Metástasis funcional del cáncer de tiroides• Struma ovarii

Elaborado: Bonilla Jennifer, 2018

1.4. Diagnóstico clínico

Las mujeres con hipertiroidismo presentan signos y síntomas que fácilmente se pueden confundir con el embarazo. En ambos casos existe un hipermetabolismo y circulación hiperdinámica responsables del cuadro clínico de bocio, taquicardia en reposo, pérdida o dificultad de ganancia de peso inapropiado pese a buena ingesta de alimentos, signos y síntomas de insuficiencia cardíaca, intolerancia al calor, sudoración excesiva durante el embarazo deben conducir a la realización de pruebas tiroideas. (Martínez Perea & Hernández Hernández, 2012)

En la enfermedad de Graves entidad cuya etiología es la más prevalente presenta una triada que se caracteriza por la presencia de hipertiroidismo, bocio difuso y oftalmopatía, en poca frecuencia se presenta un cuarto elemento, la dermatopatía infiltrativa. (Martínez Perea & Hernández Hernández, 2012)

Tabla 2-1: Síntomas de enfermedades de Graves

SIGNOS Y SINTOMAS EN ENFERMEDAD DE GRAVES	
SINTOMAS	SIGNOS
Nerviosismo o intranquilidad	Taquicardia
Hiperhidrosis	Bocio
Hipersensibilidad al calor	Piel fina, caliente y roja
Palpitaciones	Temblor
Astenia	Soplo en región tiroidea
Pérdida de peso	Signos oculares
Sed	Fibrilación auricular
Disnea	Eritema palmar
Debilidad muscular	Esplenomegalia
Hiperorexia	
Síntomas oculares	
Caída del cabello	
Edema de piernas	
Hiperdefecación (sin diarrea)	
Diarrea	
Anorexia	
Estreñimiento	
Aumento de peso	

Elaborado: Jennifer Bonilla, 2018

El diagnóstico diferencial del hipertiroidismo en el embarazo se realiza con la tirotoxicosis gestacional transitoria, la cual aparece con frecuencia en el primer trimestre de embarazo y se caracteriza por cuadro de vómitos cuya severidad puede producir deshidratación con una pérdida de peso hasta aproximadamente el 5 %, además se acompaña de cetonuria, sin embargo al ser un cuadro transitorio rara vez las pacientes presentan síntomas, solo el 33% presentan niveles elevados de FT4 esta es causado por el aumento elevado de hCG que ocurre entre la semana 4 y 10 de gestación y puede extenderse hasta la semana 20 y en menor frecuencia en mutaciones relacionadas con el receptor de la tirotropina (THS), lo cual aumenta la sensibilidad hacia la hCG. (Secretaría de Salud , 2014)

1.6. Diagnóstico de laboratorio

Las pruebas para valoración de la función tiroidea en el embarazo en pacientes con hipertiroidismo o sospecha de la misma, se basa en la cuantificación de concentraciones séricas de TSH, T4 o T4 libre, y T3 o T3 libre, cuyos rangos de referencia varían según el trimestre del embarazo (Soh & Aw , 2019)

Al inicial del embarazo, se produce la elevación de la globulina transportadora de hormonas tiroideas (TGB) implicada en el transporte de la T4 por lo tanto el incremento de concentraciones séricas de T4 y T3 totales, aumentando hasta en un 50 % hasta la semana 10 de gestación, principalmente la T4 por presentar mayor afinidad, las concentraciones séricas de TSH disminuyen, mientras los valores de hCG en suero aumentan, por lo que en aproximadamente del 0,5 al 1% de las mujeres embarazadas se suprime totalmente y para lo cual el diagnóstico de hipertiroidismo se realizara con concentraciones séricas de T4 o T3 libre en suero con valores elevados o ambas. (Soh & Aw , 2019)

En la tirotoxicosis gestacional transitoria, el cuadro como su nombre lo manifiesta es transitorio, se presenta principalmente en el primer trimestre del embarazo, donde la TSH tiende a disminuir por su estructura homóloga con la hCG, siendo la mayoría cuadros asintomáticos y solo del 2-3 % de los casos presentarían un hipertiroidismo clínico de importancia. (Soh & Aw , 2019)

Tabla 3-1: Valores de TSH según las diferentes sociedades

VALORES DE TSH SEGÚN DIFERENTES SOCIEDADES			
Sociedad	Concentraciones de TSH (μ U/ml) en gestación		
	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Endocrine Society 2007/Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición 2009	<2,5	<3	<3
American Thyroid Association 2011	0,1-2,5	0,2-3	0,3-3

Elaborado por: Bonilla Jennifer, 2018

1.7. Diagnóstico diferencial

El hipertiroidismo en el embarazo presenta dos cuadros clínicos para su diagnóstico diferencial: hipertiroidismo por Enfermedad de Graves y la Tirotoxicosis gestacional transitoria.

Tabla 4-1: Hipertiroidismo de Graves vs. Tirotoxicosis gestacional

Diagnóstico de hipertiroidismo de Graves vs. tirotoxicosis gestacional

Signos y síntomas	Hipertiroidismo de Graves	Tirotoxicosis gestacional
Síntomas antes del embarazo	++	-
Síntomas durante el embarazo	+ / ++	- / +
Náusea/vómito	- / +	+++
Bocio/oftalmopatía	+	-
Anticuerpos antitiroperoxidasa/anticuerpos antirreceptores de TSH	+	-
Ultrasonido tiroideo	Vascularidad	Normal

Fuente: (Secretaría de Salud , 2014)

1.8. Tratamiento

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: se ha utilizado ampliamente las tionamidas o derivados de la tiourea, como el propiltiouracilo y el metimazol cuyo mecanismo de acción es la inhibición de la utilización de yodo por la glándula tiroides, de esta manera disminuye significativamente la síntesis de las hormonas tiroideas. (Martínez Perea & Hernández Hernández, 2012)

El fármaco de elección en el embarazo es el propiltiouracilo, ya que este se une a proteínas séricas a diferencia del metimazol que se encuentra libre a nivel plasmático, por lo cual el paso transplacentario es menor, sin embargo estudios sugieren el uso de ambos medicamentos durante el embarazo. El propósito de estos fármacos es mantener concentraciones séricas de T3 y T4 dentro de rango normales altos, con la utilización de dosis mínimas de los mismo, por lo cual se sugiere un control estricto de la función tiroidea cada 4 a 6 semanas para reajuste de dosis farmacológica con el fin de mantener a la paciente gestante lo mas eutiroidea posible. (Infante Amoros & Tursios Trista, 2012)

Las dosis utilizadas en el embarazo:

Propiltiouracilo: Dosis inicial: 100-300mg al día en dosis divididas cada 8 horas. Dosis de mantenimiento: 50-100 mg/día.

Metimazol: 5-30mg por día

Carbimazol: 10-40 mg por día

Tras la ingesta de los fármacos de 2 a 6 semanas la función tiroidea tiende a mejorar por lo que se reduce la dosis en aproximadamente el 50% de los pacientes y se reajusta la dosis para mantener

a la gestante lo mas eutiroidea posible, se aconseja la suspensión del tratamiento farmacológico en el tercer trimestre, ya que la necesidad del mismo desciende durante el transcurso del embarazo. (Martínez Perea & Hernández Hernández, 2012)

Se aconseja administrar PTU (50 mg cada 8 o 12 horas), o MMI (5-10 mg/día), o Carbimazol (5-15 mg/día). En caso de hipertiroidismo severo, se indicará PTU (100 mg cada 8 horas), o MMI (10-30 mg/día). Es aconsejable una dosis de mantenimiento de 50-100 mg/día. De ser posible, suspender en el tercer trimestre. Las necesidades de medicación descienden durante el embarazo, y en un tercio deben suspenderse en las últimas semanas, aunque suelen aumentar en el posparto. (Martínez Perea & Hernández Hernández, 2012)

Radio yodo: está totalmente contraindicado en el embarazo, ya que fácilmente atraviesa la barrera placentaria afectando entre 20 a 50 veces más la tiroides fetal que la materna, lo que causaría un hipotiroidismo fetal por la destrucción de la glándula. (Infante Amoros & Tursios Trista, 2012)

Betas bloqueadores: su uso está restringido a pacientes que presentes frecuencia cardiaca mayor a 90 latidos por minuto, se valora riesgo beneficio, porque presenta en el feto; bradicardia, hipoglucemia, restricción del crecimiento intrauterino. (Infante Amoros & Tursios Trista, 2012)

Dosis:

Propranolol 20 mg cada 6 u 8 horas

Atenolol 25 a 50 mg al día.

Cirugía: tiroidectomía subtotal en mujeres embarazadas se realizara solo cuando exista reacciones adversas severas tioderivados, dosis se requieran dosis elevadas persistentes o en casos de hipertiroidismos severos o excepcionales de refractariedad al tratamiento. (Infante Amoros & Tursios Trista, 2012)

Se recomienda la realización de la cirugía durante el segundo trimestre, ya que en el primer trimestre aumenta el riesgo de aborto y en el tercer trimestre el riesgo de parto pretérmino. (Infante Amoros & Tursios Trista, 2012)

SEGUIMIENTO

Durante el periodo de gestación se realizará una atención conjunta entre médico general, gineco-obstetra, genetista y endocrinólogo con valoraciones periódicas cada 4 a 6 semanas, con controles

de exámenes de laboratorio de perfil tiroideo y vigilando estrictamente síntomas clínicos, tamaño del tiroides, ganancia adecuada del peso corporal y normalización de la frecuencia cardiaca. (Luewan , Chakkabut , & Tongsong , 2011)

LACTANCIA MATERNA

Paciente continúa con ingesta de medicamentos derivados de la tiourea con dosis de hasta 200 mg diarios de propiltiouracilo o metimazol 20 mg diarios. Se aconseja valoración periódica del bebe para evaluar función tiroidea. (Infante Amoros & Tursios Trista, 2012)

CAPÍTULO II

2. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

2.1. Datos de Filiación:

NOMBRE: NNNN.

EDAD: 18 años

GÉNERO: Femenino

ETNIA: Kichwa

ESTADO CIVIL: Unión libre

LUGAR DE NACIMIENTO: Napo-Ahuano

FECHA DE NACIMIENTO: 03/03/1999

RESIDENCIA HABITUAL: Napo- Talag

INSTRUCCIÓN: Secundaria incompleta

OCUPACIÓN: Ama de casa

PROFESIÓN: Ninguna

RELIGIÓN: Católica

LATERALIDAD: diestra

FECHA Y HORA DE INGRESO: 24/11/2017. 11:12

2.2. *Motivo de consulta:*

Alza térmica y dolor lumbar

2.4. *Enfermedad actual*

Paciente que presenta alza térmica no cuantificada, permanente desde hace 48 horas de evolución, además refiere dolor lumbar desde hace 24 horas, de moderada intensidad 7/10 en escala de Eva, sin causa aparente que se irradia a región sacra y genital, acompañado de disuria, polaquiuria y orina fétida, por lo que acude a Subcentro de Salud “Talag”, en donde se administra 1 gramo de paracetamol vía oral y es referida a esta Casa de Salud donde es valorada por Emergencia e

ingresada al servicio de Ginecología por presentar embarazo de 22,1 semanas por fecha de última menstruación.

2.5. Revisión por aparatos y sistemas

Estado General: Paciente ansiosa, niega anorexia, aparente pérdida de peso no cuantificada.

Piel y anexos: Paciente que hace 1 año aproximadamente presenta piel caliente y sudorosa, cabello fino y frágil, uñas friables. Niega alzas térmicas en episodios anteriores durante el embarazo.

Órganos de los sentidos: ojos: presencia de secreción amarillo verdosa en poca cantidad

Respiratorio: No refiere

Cardiocirculatorio: sensación de palpitaciones permanentes hace 1 año

Gastrointestinal: No refiere

Inguinogenital: Prurito vulvar y presencia de secreción blanquecina en moderada cantidad de 2 semanas de evolución.

Osteomuscular: Refiere movimientos involuntarios, continuos, en reposo a nivel de miembro superior, principalmente en las manos a la extensión desde hace 4 meses.

2.6. Antecedentes:

2.6.1. Personales patológicos

Patología tiroidea que no especifica diagnosticada en mayo del 2017

2.6.2. Familiares

No refiere antecedentes

2.6.3. Antecedentes personales no patológicos

Hábitos

Alimentación: 3 veces al día.

Micción: 4 veces al día y 3 veces en la noche (durante el embarazo)

Deposición: 3 vez al día

Sueño: 6 horas

Alcohol: No refiere

Tabaco: No refiere

Alergias: No refiere

2.6.4 Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Menarquia: 13 años

Ciclos menstruales: irregulares que duran 2- 3 días en escasa cantidad sin síntomas de tensión premenstrual de color rojo oscuro con una mínima presencia de coágulos

Inicio de vida sexual: 13 años de edad

Pareja sexual: 2

Planificación familiar: No refiere

PAPTEST: Ninguno

Enfermedades de transmisión sexual: No refiere

Nº de gestas: 2

Partos: 1

Abortos: 0

Cesáreas: 0

Hijos vivos: 1

Gesta actual:

FUM: 22 de Junio de 2017.

Fecha probable del parto: 29 de Marzo del 2018

Edad gestacional: 22,1 semanas por FUM.

Nº de controles prenatales: 4

Nº de ecografías: 0

Inmunizaciones: 2 dosis

Suplementos: Ácido fólico y hierro

2.7. Examen físico:

2.7.1. Examen físico general

2.7.2. Signos vitales:

Presión arterial: 120/70 mmHg

FC: 100 latidos por minuto

FR: 20 latidos por minuto

Temperatura: 37,1 °C

Saturación de oxígeno: 98%

SCORE MAMÁ: 0

2.7.3. Antropometría:

Talla	157cm
Peso actual 22,1semanas de gestación por FUM	47,7 kg
IMC	19,35 kg/M2

Elaborado: Bonilla Jennifer

Paciente orientada en tiempo, espacio y persona, hidratada, afebril, hiperactiva, biotipo constitucional ectomorfa

2.7.4. Examen físico regional

Piel y faneras: A la inspección, piel de color morena, hidratada, caliente, húmeda y diaforética.

Cabello: poca cantidad, de contextura fina y frágil

Cabeza y cuello: Normocefálica, cabello negro y en poca cantidad. A la inspección y palpación del cuello, se observa una tiroides palpable y visible a la hiperextensión, 1B, presencia de soplo a nivel de glándula tiroidea, no adenopatías.

Órganos de los sentidos

Ojos: exoftalmos (exoftalmometría con el exoftalmómetro de Hertel positivo de 21mm) presencia de inyección conjuntival con escasa secreción amarillo-verdosa, pupilas normo reactivas a la luz, signo de Enroth positivo.

Oídos: Conducto auditivo externo permeable.

Nariz: Fosas nasales permeables

Boca: Mucosas húmedas piezas dentales en mal estado

Pulmones: Murmullo vesicular conservado y frémito conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Corazón: Taquicárdico, Ruidos cardíacos R1 y R2 rítmicos con el pulso, normofonéticos, no presencia de soplos cardíacos

Abdomen: Abdomen globoso ocupado por útero gestante, feto único, vivo, presentación indiferente, movimientos fetales presentes y perceptibles por la madre. FCF: 130 x min. AFU: 24 cm, EG por McDonald 27 semanas.

Actividad uterina: negativa

Puntos uretrales medios y superiores: positivos

Lumbar: Puño percusión bilateral positiva

Región Inguinogenital: Se evidencian genitales externos de aspecto normal, húmedos. Al examen especular se evidencia secreción blanquecina en moderada cantidad, además de eritema a nivel de vulva y vagina,

Tacto vaginal: cérvix posterior, cerrado reblandecido.

Sistema músculo-esquelético: temblores finos a nivel de miembro superior, principalmente en manos extendidas.

2.8. Resumen de datos positivos

Disuria

Polaquiuria

Orina fétida

Piel caliente y sudorosa

Cabello fino y frágil

Uñas friables

Palpitaciones permanentes

Taquicardia: 100 latidos por minuto

Bajo peso

Ansiedad

Hiperactividad

Biotipo constitucional ectomorfa

Bocio 1B

Soplo tiroideo

Exoftalmos

Inyección conjuntival

Secreción ocular amarillo-verdosa

Signo de Enroth positivo.

Puntos ureterales medios y superiores: positivos

Puño percusión lumbar bilateral positiva

Secreción vaginal blanquecina en moderada cantidad

Temblores finos a nivel de miembro superior, principalmente en manos extendidas, en reposo

2.9. Impresión Diagnóstica

- Embarazo Pretérmino de 22,1 semanas de gestación
- Hipertiroidismo
- Bocio
- Infección del tracto urinario
- Conjuntivitis

2.10. Exámenes de ingreso

EXAMENES DE INGRESO: 24/11/2017 (12:13)

LEUCOCITOS	15200 K/ μ L
NEUTROFILOS	77,2 %
LINFOCITOS	13,5 %
EOSINOFILOS	2,6 %
HEMOGLOBINA	13,6 g/dL
HEMATOCRITO	41,2%
PLAQUETAS	226000 K/ μ L

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Laboratorio-Clínico. Noviembre 2017.

TIEMPOS DE COAGULACION

TP	14 SEGUNDOS
INR	1,34%
TTP	38 SEGUNDOS

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Laboratorio-Clínico. Noviembre 2017.

SEROLOGIA

HEPATITIS B	NEGATIVO
HIV	NO REACTIVO
VDRL	NO REACTIVO

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Laboratorio-Clínico. Noviembre 2017.

QUIMICA SANGUINEA

GLUCOSA AL AZAR	104 mg/dl
UREA	11 mg/dl
BUN (NITROGENO UREICO EN SUERO)	5 mg/dl
CREATININA	0,50 mg/dl
ACIDO URICO	2,8 mg/dl

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Laboratorio-Clínico. Noviembre 2017.

ELEMENTAL Y MICROSCOPICO DE ORINA

COLOR	AMARILLO
ASPECTO	TURBIO
DENSIDAD	1.010
pH	6.0
LEUCOCITOS EN ORINA	++
CELULAS EPITELIALES	20-22
PIOCITOS	18-20
HEMATIES	2-4
BACTERIAS	+++
GRAM Y FRESCO DE SECRECION VAGINAL	CELULAS EPITELIALES: NUMEROSAS LEUCOCITOS: 6-8 HEMATIES:2-4 GRAM: COCOBACILOS GRAM NEGATIVOS ++ BACILOS GRAM NEGATIVOS + KOH: POSITIVOS, LEVADURAS ++

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Laboratorio-Clínico. Noviembre 2017.

FUNCION TIROIDEA

TSH (HORMONA TIROESTIMULANTE)	<0,04 uIU/ml
FT3	NO HAY REACTIVO
FT4	3,05 ng/dl

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Laboratorio-Clínico. Noviembre 2017.

GONADOTROFINA CORIONICA (HCG)	24442 mIU/ml
-------------------------------	--------------

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Laboratorio-Clínico. Noviembre 2017.

26/11/2017 (07:46)

LEUCOCITOS	7900 K/ μ L
NEUTROFILOS	57,6 %
LINFOCITOS	31,1 %
EOSINOFILOS	4,6 %
HEMOGLOBINA	13,0 g/dL
HEMATOCRITO	39,4%
PLAQUETAS	231000 K/ μ L

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Laboratorio-Clínico. Noviembre 2017.

QUIMICA SANGUINEA

GLUCOSA BASAL	79 mg/dl
UREA	11 mg/dl
BUN (NITROGENO UREICO EN SUERO)	5 mg/dl
CREATININA	0,26 mg/dl
TGO (ASPARTATO AMINOTRANSFERASA)	17 U/L
TGP (AMINO TRANSFEERASA PIRUVICA)	17 U/L
GAMA GT	11 U/L
BILIRRUBINA TOTAL	0,28 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0,05 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	0,23 mg/dl
FOSFATASA ALCALINA	161 IU/L
SODIO	145 mmol/L
POTASIO	4 mmol/L
CLORO	111 mmol/L

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Laboratorio-Clínico. Noviembre 2017.

ECOGRAFIA CERVICAL: 27/11/2017

Glándula tiroides de situación normal, aumentada de tamaño, ecogenicidad heterogénea, con hipervascularización ante el doppler color:

Lóbulo derecho: mide 16x25x41 mm

Lóbulo izquierdo: mide 18x20x40 mm

Ítmo: mide 5,2 mm

Las glándulas submaxilares y parótidas son de tamaño y ecogenicidad normal, no se visualiza masas blandas por este estudio, pequeños ganglios cervicales de eco estructura normal, no otras alteraciones en los tejidos blandos de la región anterior del cuello.

Categoría TIRADS 2

ID: BOCIO

ECOGRAFIA OBSTETRICA

Útero: gestante con producto único vivo, cefálico, dorso izquierdo, FCF 144 latidos por minuto, movimientos fetales presentes.

ANTROPOMETRIA FETAL

DBP: 54 MM

CC: 208 MM

CA: 184 MM

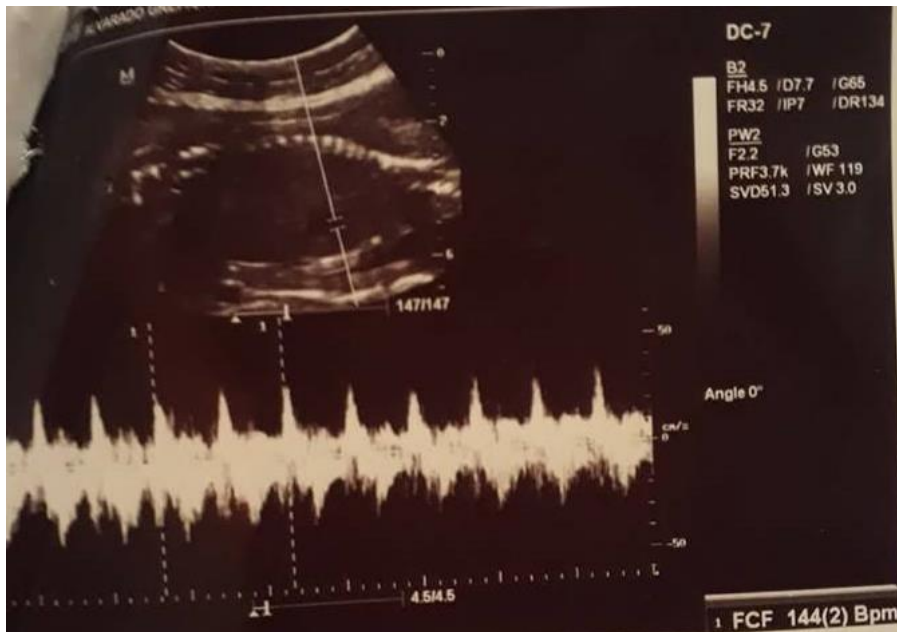
LF 36 MM

PESO: 517 GRAMOS

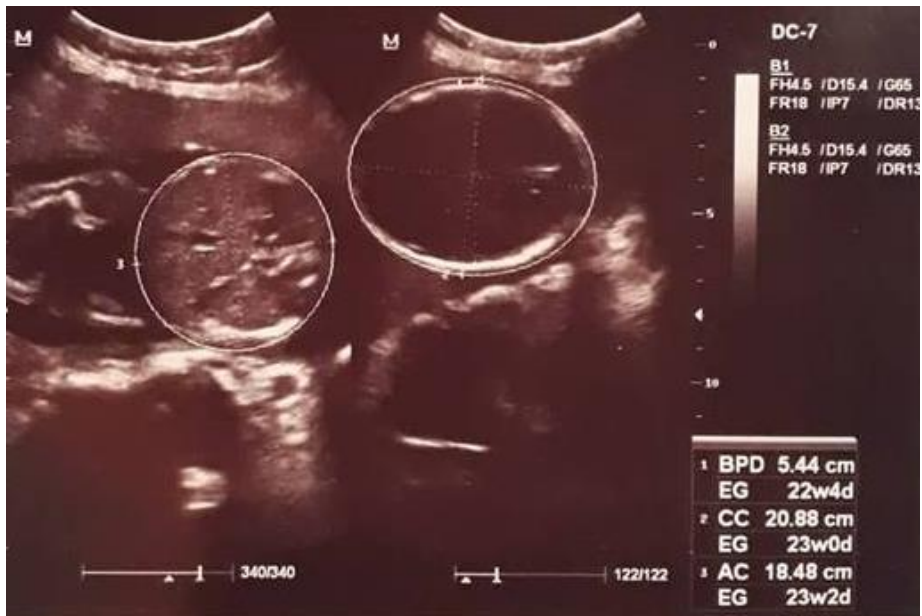
PLACENTA: posterior grado I mide 33 cm

LÍQUIDO AMNIOTICO: adecuada cantidad

ID: Embarazo de 22,3 semanas de gestación por ecografía



Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Radiología. Noviembre 2017.



Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Radiología. Noviembre 2017.



Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Radiología. Noviembre 2017.

2.11. Diagnóstico diferencial

Diagnóstico de Hipertiroidismo de Graves VS tirotoxicosis gestacional		
SIGNOS Y SINTOMAS	ENFERMEDAD DE GRAVES	TIROTOXICOSIS GESTACIONAL
Síntomas antes del embarazo	X	
Síntomas durante el embarazo	X	
Nausea/vomito		
Bocio	X bocio 1B	
Oftalmopatía	X	
Anticuerpos antitiroperoxidasa/ anticuerpos antirreceptores de TSH	Se sugiere realizarse entre semana 24 a 28 de gestación por parte de Medicina Interna	
Vascularidad en ecografía tiroidea	X	

Elaborado: Bonilla Jennifer 2018

2.12. Diagnóstico definitivo

- Embarazo de 22,1 semanas por fecha de ultima menstruación
- Embarazo de alto riesgo obstétrico
- Infección del tracto urinaria alta complicada (Pielonefritis)
- Hipertiroidismo por enfermedad de Graves
- Vaginosis mixta
- Conjuntivitis aguda

2.13. Tratamiento

A.

D. Lo descrito

C. De cuidado

A. Ninguna

V. Control de signos vitales cada 4 horas

Monitoreo, curva térmica, score mama cada hora, control de frecuencia cardiaca fetal más movimientos fetales cada hora

A.

N.

I.

M. Propiltiouracilo 50 mg VO cada 8 horas (inicio 25/11/2017 a las 15h00)

Propranolol 40 mg VO a las 7 am, 40 mg a las 2 pm y 20 mg a las 10 pm previa comunicación de frecuencia cardiaca fetal a medico de turno si es mayor de 100 latidos por minuto.

Cloruro de sodio al 0,9 % 1000 ml iv cada 12 horas

Cefazolina 1 gr IV cada 6 horas

Clindamicina 600 mg IV cada 12 horas

Clotrimazol 2% crema vaginal 1 aplicación cada noche

Tobramicina oftálmica 1 gota cada 4 horas en ojo derecho e izquierdo

Paracetamol 1 gr VO si temperatura es igual o mayor a 38,5°C

E. Ecografía Obstétrica y Tiroidea

L. Química Sanguínea, Biometría Hemática, Serología, Emo, Perfil Tiroideo

C. Interconsulta a Endocrinología (tramitar por trabajo social)

Interconsulta a Psicología

2.14. Evolución del paciente en hospitalización

Paciente que durante la hospitalización y tras la evaluación clínica y análisis de resultados de laboratorio se administra tratamiento antibiótico para proceso infeccioso, además se procede al inicio de tratamiento para patología tiroidea, cabe recalcar que durante el ingreso y estadía la paciente no presento tormenta tiroidea con escalas de Burch y Wartofsky: **IMPROBABLE**

PARAMETROS DIAGNOSTICOS	24/11/2017		25/11/2017		26/11/2017		27/11/2017	
TEMPERATURA	37,1	5	36,6	5	36,4	5	36,8	5
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	Agitación	10	No	0	No	0	No	0
FRECUENCIA CARDIACA	100	5	90	0	96	0	76	0
INSUFICIENCIA CARDIACA	No	0	No	0	No	0	No	0
AFECCION DIGESTIVA	No	0	No	0	No	0	No	0
PUNTUACION	20		5		5		5	

Elaborado por: Bonilla Jennifer, 2018

Se evalúa riesgo beneficio por estado de gestación de paciente por lo que se inicia tratamiento con Propiltiouracilo 50 mg VO cada 8 horas y propranolol 40 mg VO a las 7 am, 40 mg a las 2 pm y 20 mg a las 10 pm previa comunicación de frecuencia cardiaca fetal a medico de turno si es mayor de 100 lpm, el mismo que continua a su egreso, además se envía referencia para vigilancia ambulatoria estricta por parte del Subcentro de referencia (Centro de Salud Talag) por su patología tiroidea y la realización de los documentos pertinentes por Trabajo social de la Institución para seguimiento por Endocrinología.

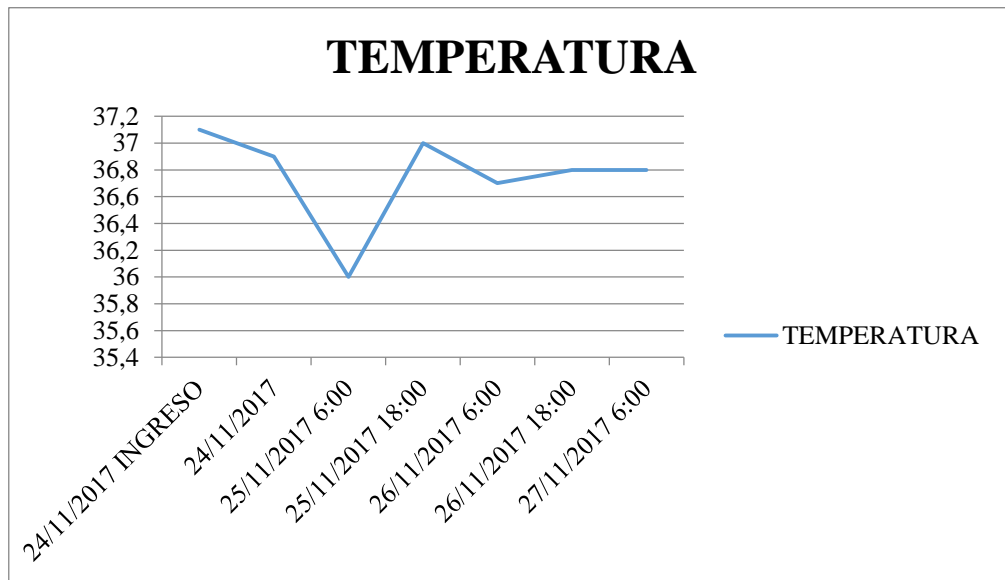


Gráfico 1-2: Valores diarios de temperatura durante la hospitalización de la paciente.

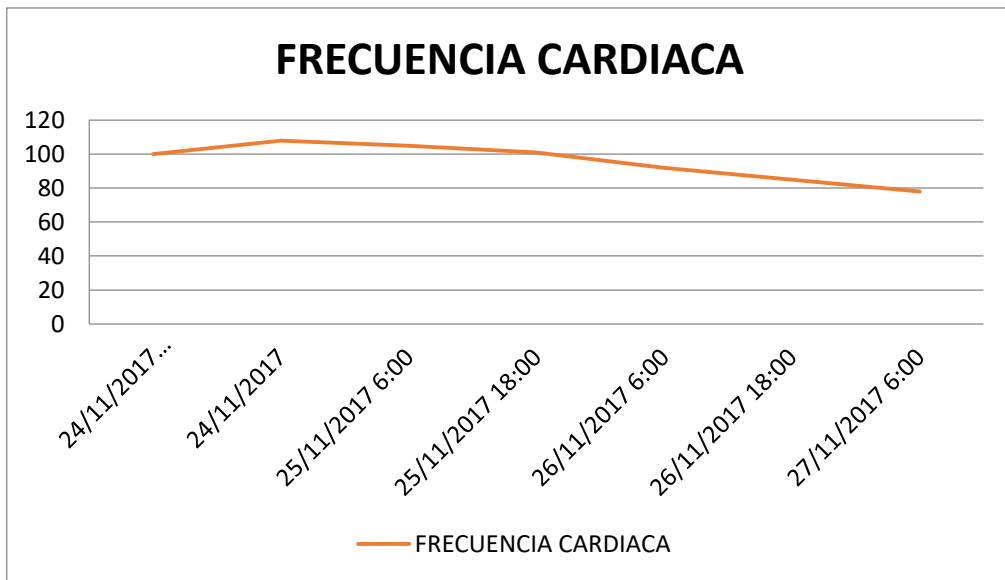


Gráfico 2-2: Valores diarios de frecuencia cardiaca durante la hospitalización de la paciente.

2.15. Seguimiento post- hospitalario

El seguimiento de la paciente fue durante 7 meses:

Acude a control con resultados de laboratorio el **04 de enero del 2018** presentando valores de:

FUNCION TIROIDEA

TSH (HORMONA TIROESTIMULANTE)	0,02 uIU/ml
FT3	12,60 pg/ml
FT4	3,15 ng/dl

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Laboratorio-Clinico. Enero 2018.

Paciente con mala adherencia al tratamiento, además de inasistencia a cita de Subespecialización (Endocrinología) en la Ciudad de Quito y la no realización de exámenes de laboratorio de Anticuerpos antitiroperoxidasa/ anticuerpos antirreceptores de TSH por falta de recursos económicos.

Sin embargo, debido a la patología se evalúa riesgo beneficio y se mantiene el tratamiento farmacológico para evaluar su reajuste según la progresión del embarazo y posterior al término del mismo.

22 de febrero del 2018 paciente ingresa al Servicio de Ginecología con diagnósticos de:

- Embarazo de 35 semanas por FUM
- Amenaza de parto pretérmino
- Hipertiroidismo
- Bajo Peso

PESO EN CONTROLES PRENATALES

FECHA	EDAD GESTACIONAL POR FUM	PESO
21/11/2017	21,4 SEMANAS	47 KG
24/11/2017	22,1 SEMANAS	47,7 KG
14/12/2017	25 SEMANAS	49,7 KG
22/02/2018	35 SEMANAS	53,8 KG

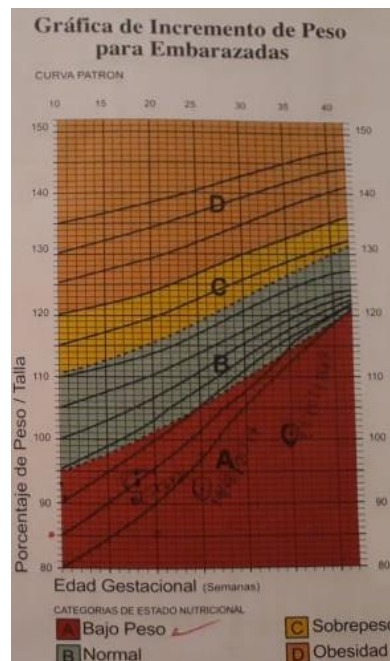


Gráfico: Valores del peso durante controles prenatales

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Febrero 2018

22 de febrero del 2018 a las 23:46 se realiza bajo normas de asepsia y antisepsia parto cefalovaginal obteniéndose recién nacido vivo de sexo masculino sin complicaciones, Apgar 8-9, edad gestacional por capurro 38,1 semanas.

Perfil Tiroideo:

TSH (HORMONA TIROESTIMULANTE)	0,04 uIU/ml
FT3	No hay reactivo
FT4	2,09 ng/dl

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Laboratorio-Clinico. Febrero 2018.

Paciente que se compromete a la toma de medicamentos para patología de base, también la asistencia a cita en el Hospital General Docente de Ambato el 14/03/2018 en el servicio de Endocrinología.

Debido a la falta de recursos de la paciente, se autogestiona por parte del personal del Servicio de Medicina Interna y se realiza dichos exámenes de manera particular.

Anti peroxidasa Tiroidea	302,9 UI/ml
Anticuerpos antirreceptores TSH	43 UI/L

Fuente: Laboratorio Clínico Tena, Febrero 2018

Los mismos que corroboran el diagnostico de Enfermedad de Graves y por presencia falta de control en el perfil tiroideo se aumenta dosis de propiltiouracilo a 100 mg VO TID y propanolol 20 mg VO cada 8 horas.

06 de junio del 2018: paciente acude a control por consulta externa de Medicina Interna con resultados de laboratorio, presentando EMO infeccioso por lo que se instaura tratamiento antibiótico y continúa con tratamiento para patología tiroidea.

Exámenes de control de perfil tiroideo:

Perfil Tiroideo:

TSH (HORMONA TIROESTIMULANTE)	0,04 uIU/ml
FT3	No hay reactivo
FT4	6 ng/dl

Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Laboratorio-Clinico. Junio 2018.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

El hipertiroidismo es un trastorno funcional de la glándula tiroidea caracterizada por la hiperactividad de la misma, causando síntesis y secreción excesiva de hormonas tiroideas. En el embarazo se ha reportado 3/1.000 casos de hipertiroidismo (Gargallo, 2013), como es el caso de la paciente analizada en este trabajo, la cual cursa un embarazo de 22, 2 semanas por fecha de última menstruación.

El cuadro clínico de la paciente es compatible en su totalidad con hipertiroidismo. Si bien la etiología más frecuente del hipertiroidismo durante el embarazo es la tirotoxicosis gestacional transitoria, presente en el 1 al 3% de todas las gestantes (Gargallo, 2013), esta se descarta pues su tasa de incidencia es mayor durante los primeros 3 meses de embarazo, además el cuadro clínico de la paciente y los antecedentes de enfermedad tiroidea desde mayo del 2017 orientan más a la enfermedad de Graves, la misma que presenta una incidencia de 0,2% (Nguyen , Sasso, Barton, & Mestman , 2018) y cuya triada característica se encuentra manifiesta en la paciente presentando bocio, oftalmopatía e hipertiroidismo.

Cabe recalcar que si bien la paciente presenta un franco hipertiroidismo, mantuvo una Escala de Burch y Wartofsky para tormenta tiroidea con puntuación que es IMPROBLE desde su ingreso.

En los exámenes complementarios se presenta una función tiroidea anormal, con una TSH de $<0,04$ uIU/ml y FT4 de 3,05 ng/dl, las mismas que ayudan en el diagnóstico de Hipertiroidismo por enfermedad de Graves, sin embargo se ha registrado que por la homologación estructural con la hormona gonadotropina coriónica humana, los valores de las hormonas tiroideas se aumentan y la TSH disminuye, principalmente en el primer trimestre de embarazo y en otras situaciones particulares mencionadas anteriormente en la bibliografía, estos valores regresaran progresivamente a rangos relativamente normales en los trimestres posteriores, como lo muestra un estudio chino de 1409 mujeres embarazadas que presentaron rangos de TSH durante el primer trimestre de 0,2 a 3,8 mUI / l, en el segundo trimestre de 0,3 a 3,5 mUI / l y en el tercer trimestre de 0,3 a 4,3 mUI / l a diferencia de 0,5 a 4,2 mUI / l en mujeres no embarazadas. (Soh & Aw , 2019), sin embargo en el caso planteado la TSH siempre se mantuvo suprimida en forma significativa sin retorno a valores establecidos en parte debido a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.

En los resultados de los estudios de imagen, la ecografía, la cual presenta una especificidad del 100% y sensibilidad de 80 % para el diagnóstico de enfermedad de Graves (Lombardo, Romero, Seguí, López Redondo, & Córdoba, 2012), corrobora el diagnóstico, presentando una glándula tiroidea aumentada de tamaño con ecogenicidad heterogénea e hipervascularización ante el doppler color, lo cual también justifica la clínica de la paciente con la presencia de bocio visible y el soplo tiroideo audible.

Los anticuerpos antitiroperoxidasa y anticuerpos antirreceptores de TSH que confirmarían el diagnóstico de enfermedad de Graves se los realiza posterior al parto de la paciente, ya que según la bibliografía analizada en muchos de los casos muestran valores que no muy fiables durante la gestación, además de ser un examen que no se posee en la institución pero por la necesidad y el bienestar del paciente se lo realiza de manera privada. Presentando valores incrementados con TSI 28 veces su valor normal y anti TPO 7 veces su valor normal.

Las consecuencias del hipertiroidismo en el embarazo se presentaron en este caso clínico con un parto pretérmino a las 35 semanas de gestación por fecha de última menstruación, que concuerda con el estudio clínico transversal de 2,026 pacientes del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, donde se presentó el 25% de nacimientos prematuros, además se reconoce como causa de morbilidad en los resultados fetales y muestra una incidencia de pérdida fetal de 7.9% y mayor incidencia de restricción del crecimiento fetal en el caso de mujeres no tratadas (Serrones, 2013).

Se instauró el tratamiento oportuno con tioderivados, propiltiouracilo y beta bloqueantes propanolol, este último evaluando riesgo beneficio de la paciente por mantener cifras de frecuencia cardíaca superiores a 90 latidos por minuto.

La mala adherencia a la paciente y el descuido en sus controles y citas con subespecialidad de Endocrinología son factores importantes a la no regulación de su función tiroidea, ya que paciente abandona tratamiento por reiteradas veces o acude a citas esporádicas para recepción del mismo, lo cual implica su pronóstico vital y funcional por las consecuencias inherentes de esta patología

CONCLUSIONES

La enfermedad de Graves es una patología que afecta de 1 a 2 por cada 1000 embarazadas, situación que puede ser perjudicial tanto para el feto como para la madre, por lo tanto ante la clínica debe realizarse los estudios confirmatorios correspondientes, el diagnóstico diferencial adecuado y posteriormente se debe realizar un seguimiento estricto por parte de todo el personal de Salud desde el primer nivel de atención hasta el especialista, el mismo que enviara cada 4 a 6 semanas control de perfil tiroideo para valoración de tratamiento farmacológico.

En la gran mayoría de las pacientes el uso de tratamiento farmacológico disminuye conforme el embarazo continúa, cabe recalcar que la situación socioeconómica es de vital importancia en el caso de nuestra paciente la baja escolaridad y la falta de recursos económicos hacen difícil el mantener una función tiroidea adecuada, por lo que una de las complicaciones que presento es un parto pretérmino, sin embargo recién nacido no tuvo complicación alguna.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización de un cribado de la función tiroidea en pacientes embarazadas que presentes factores de riesgo para desarrollar dicha patología, para evitar posibles complicaciones tanto para el feto como para la madre.

Tras el diagnóstico de hipertiroidismo se recomienda la realización del seguimiento a todas las pacientes, trabajando de forma conjunta con los diferentes niveles de Salud, ya que la baja escolaridad y la limitada capacidad de recursos económicos es uno de los factores fundamentales para el abandono del tratamiento o rechazo al mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Cooper, D. S., & Laurberg, P. (2013).** *Hyperthyroidism in pregnancy*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24622372>
- Farreras, V., Rozman, C., & Cardellach, F. (2010).** *Hipertiroidismo, enfermedad de Graves*. España: Elsevier.
- Gargallo, M. (2013).** *Hipertiroidismo y embarazo*. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-epub-S1575092213000302>
- Hidalgo, S. (2013).** *TRASTORNOS TIROIDEOS EN EL EMBARAZO*. Retrieved from <http://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0716864013702219&r=202>
- Infante Amoros, A., & Tursios Trista, S. E. (2012).** *Hipertiroidismo*. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v23n3/end05312.pdf>
- León, M. (2014).** *Hipertiroidismo en el embarazo. Recién nacido hijo de madre con enfermedad de Graves*. Retrieved from <http://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=256&idlangart=ES>
- Lombardo, S., Romero, M., Seguí, A., López Redondo, C., & Cordoba, E. (2012).** *Ecografía de la patología tiroidea difusa*. Retrieved from https://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&task=viewsection&pi=112062&ti=366127&si=1146&searchkey=
- Luewan, S., Chakkabut, P., & Tongsong, T. (2011).** *Outcomes of pregnancy complicated with hyperthyroidism: a cohort study*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20087627>
- Martínez Perea, H. V., & Hernández Hernández, M. C. (2012).** *Hipertiroidismo y embarazo*. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v23n3/end16312.pdf>
- Mestman, J. (2015).** *The Incidence of Graves' Hyperthyroidism Increases in Early Pregnancy and the Late Postpartum Period*. Retrieved from <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/ct.2015%3B27.112-114?journalCode=ct>
- Nguyen, C., Sasso, E., Barton, L., & Mestman, J. (2018).** *Graves' hyperthyroidism in pregnancy: a clinical review*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29507751>

Pila Pérez, R., Rosales Torres, P., & Artola González, J. (2014). *Hipercalcemia en el curso de la enfermedad de Graves*. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000600010

Secretaria de Salud . (2014). *Tratamiento del hipertiroidismo en el embarazo* . Retrieved from http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/292_SSA_10_hipertiroidismo_embarazo/GRR_SSA_292_10.pdf

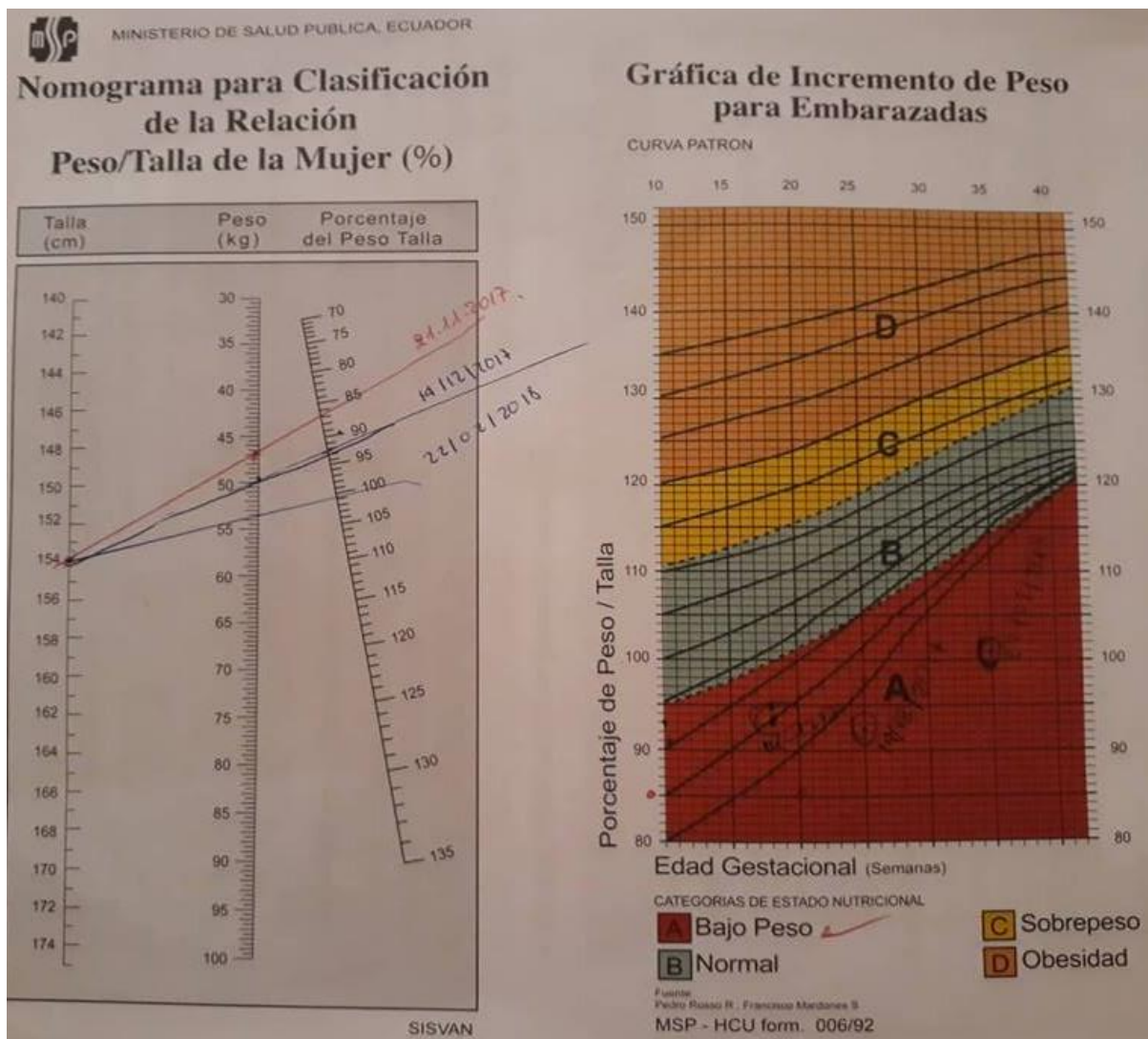
Serrones, M. (2013). *Alteraciones de tiroides y embarazo: resultados perinatales*. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/473/47328902006.pdf>

Soh , S. B., & Aw , T. C. (2019). *Laboratory Testing in Thyroid Conditions - Pitfalls and Clinical Utility*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30215224>

Stagnaro , G., Alexander , E., Azizi, F., Mestman , J., Negro, R., Nixon, A., et al. (2011). *Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21787128>

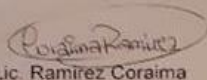
ANEXOS

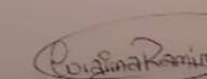
Imágenes de resultados de laboratorio e imagen

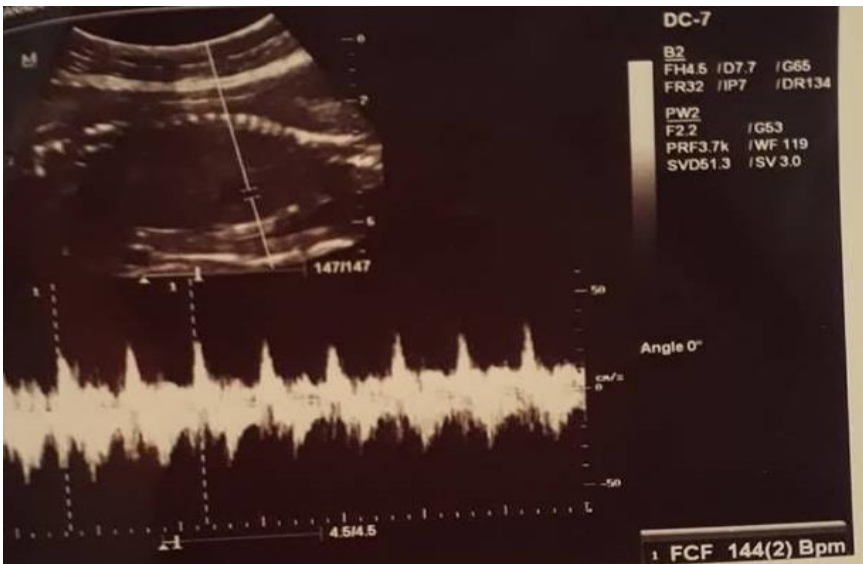


Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
PROCEDENCIA EMERGENCIA SERVICIOS GINECOLOGIA CAMA Edad 18 Años			
Fecha y Hora de in: 2017-11-24 12:13 Fecha de impresión: 2017-11-24 13:45 SALA			
HEMATOLOGIA			
VALIDADO POR: <i>Coraima Ramirez</i> Lic. Ramirez Coraima			
URIANALISIS			
ELEM. Y MICRO. DE ORINA			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	TURBIO		
DENSIDAD	1.010		
pH	6.0		
LEUCOCITOS EN ORINA	++	/UL	
CELULAS EPITELIALES	20-22	/campo	
PIOCITOS	18-20	/campo	
PIOCITOS (VAL. REF.): 0 - 1 : NEGATIVO 1 - 50 : NUMEROSOS 50 - 100 : ABUNDANTES MAYOR A 100 : CAMPO LLENO			
HEMATIES	2-4	/campo	
HEMATIES (VAL. REF.): 0 - 1 : NEGATIVO 50 - 100 : ABUNDANTES MAYOR A 100 : CAMPO LLENO			
BACTERIAS	++	/campo	
BACTERIAS (VAL. REF.): 0 - 358 : NEGATIVO 359 - 622 : ESCASAS 623 - 886 : + 887 - 1149 : ++ MAYOR A 1149 : +++			

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
PROCEDENCIA EMERGENCIA SERVICIOS GINECOLOGIA CAMA Edad 18 Años			
Fecha y Hora de in: 2017-11-26 07:46 Fecha de impresión: 2017-11-26 10:02 SALA 302-7			
HORMONAL			
GONADOTROFINA CORIONICA (HCG) CUANTITATIVA	24442.00	mIU/ml	2.50 - 28.000.00 26/11/2017
SEMANAS DE GESTACION 1,3 - 2 : 16 - 156 mIU/ml 2 - 3 : 110 - 4870 3 - 4 : 1110 - 31500 4 - 5 : 2560 - 82300 5 - 6 : 23100 - 151000 6 - 7 : 27300 - 233000 7 - 11 : 20900 - 291000 11 - 16 : 6140 - 103000 16 - 21 : 4720 - 80100 21 - 39 : 2700 - 78100			
QUIMIOLUMINISCENCIA			

Fecha y Hora de in	2017-11-24 12:13	SALA	SERVICIOS CAMA	GINECOLOGIA	Edad	18 Años
Fecha de impresión	2017-11-24 13:45					
Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia			
QUIMICA SANGUINEA						
QUIMICA SANGUINEA						
GLUCOSA BASAL	104	mg/dl	*	70 - 100		24/11/2017 13:44
UREA	11	mg/dl	*	15 - 30		24/11/2017 13:44
NITROGENO UREICO EN SUERO (BUN)	5	mg/dl	*	7 - 18		24/11/2017 13:44
CREATININA EN SUERO	0.50	mg/dl	*	0.60 - 1.30		24/11/2017 13:44
ACIDO URICO EN SUERO	2.8	mg/dl	*	2.4 - 7.2		24/11/2017 13:44
VALIDADO POR: 						
Lic. Ramirez Coraima						
HEMATOLOGIA						
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR						
FACTOR RH	POSITIVO					24/11/2017 13:44
GRUPO SANGUINEO	O					24/11/2017 13:44
BIOMETRIA HEMATICA						
LEUCOCITOS	15.20	K μ L	*	4.50 - 10.00		24/11/2017 13:44
NEUTROFILOS	11.77	K μ L	*	2.20 - 4.80		24/11/2017 13:44
LINFOCITOS	2.06	K μ L	*	1.10 - 3.20		24/11/2017 13:44
MONOCITOS	1.02	K μ L	*	0.30 - 0.80		24/11/2017 13:44
EOSINOFILOS	0.40	K μ L	*			24/11/2017 13:44
BASOFILOS	0.00	K μ L	*			24/11/2017 13:44
NEUTROLIFOS %	77.2	%	*	40.0 - 65.0		24/11/2017 13:44
LINFOCITOS %	13.5	%	*	40.5 - 45.5		24/11/2017 13:44
MONOCITOS %	6.7	%	*	5.5 - 11.7		24/11/2017 13:44
EOSINOFILOS %	2.6	%	*	0.9 - 2.9		24/11/2017 13:44
BASOFILOS %	0.0	%	*	0.2 - 1.0		24/11/2017 13:44
RECuento de GLOBULOS ROJOS	4.61	M μ L		4.20 - 5.40		24/11/2017 13:44
HEMOGLOBINA	13.6	g/dL		12.0 - 16.0		24/11/2017 13:44
HEMATOCRITO	41.2	%		37.0 - 47.0		24/11/2017 13:44
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	89.0	fL		81.0 - 99.0		24/11/2017 13:44
CONCENTRACION MEDIA HEMOGLOBINA (MCH)	29.6	Pg				24/11/2017 13:44
CONCENTRACION CORPUSCULAR MEDIA HEMOGLOBINA (MCHC)	33.1	g/dL		32.0 - 36.0		24/11/2017 13:44
PLAQUETAS	226.000	K μ L		130.000 - 400.000		24/11/2017 13:44
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	10.0	fL		7.4 - 10.4		24/11/2017 13:44

Fecha y Hora de in	2017-11-26 07:46	SALA	302-7	SERVICIOS CAMA	GINECOLOGIA	Edad	18 Años
Fecha de impresión	2017-11-27 13:05						
Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia				
HORMONAL							
TSH (HORMONA TIROESTIMULANTE)							
RESULTADO:	<0.04 uIU/ml	uIU/ml		0.40 - 4.00			27/11/2017
Rangos de referencia							
1 año	0.40 - 8.6 uIU/ml						
2 años	0.36 - 7.6 uIU/ml						
3 años	0.33 - 6.7 uIU/ml						
4 años	0.33 - 6.3 uIU/ml						
5 años	0.34 - 6.1 uIU/ml						
6 años	0.34 - 6.0 uIU/ml						
7 años	0.34 - 5.8 uIU/ml						
8 años	0.35 - 5.7 uIU/ml						
9 años	0.35 - 5.6 uIU/ml						
10 años	0.36 - 5.5 uIU/ml						
11 años	0.36 - 5.5 uIU/ml						
12 años	0.36 - 5.4 uIU/ml						
Técnica: QUIMIOLUMINISCENCIA							
FT3		pg/ml		1.80 - 4.20			27/11/2017
NO HAY REACTIVO							
Valor de referencia: 1.8 a 4.2 pg/ml.							
Técnica: QUIMIOLUMINISCENCIA							
FT4	3.05	ng/dl	*	0.90 - 1.90			27/11/2017
Técnica: QUIMIOLUMINISCENCIA							
VALIDADO POR: 							
Lic. Ramirez Coraima							



Fecha y Hora de in	2018-02-23 05:42	SALA	1	SERVICIOS CAMA	CIRUGIA	Edad	18 Años
Fecha de impresió	2018-02-24 11:55						
Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia				
HORMONAL							
TSH (HORMONA TIROESTIMULANTE)	0.04	uIU/ml	0.40 - 4.00	24/02/2018 11:54			
Rangos de referencia							
1 año	0.40 - 8.6	uIU/ml					
2 años	0.36 - 7.6	uIU/ml					
3 años	0.33 - 6.7	uIU/ml					
4 años	0.33 - 6.3	uIU/ml					
5 años	0.34 - 6.1	uIU/ml					
6 años	0.34 - 6.0	uIU/ml					
7 años	0.34 - 5.8	uIU/ml					
8 años	0.35 - 5.7	uIU/ml					
9 años	0.35 - 5.6	uIU/ml					
10 años	0.36 - 5.5	uIU/ml					
11 años	0.36 - 5.5	uIU/ml					
12 años	0.36 - 5.4	uIU/ml					
Técnica: QUIMIOLUMINISCENCIA							

Fecha y Hora de in	2018-02-23 05:42	SALA	1	SERVICIOS CAMA	CIRUGIA	Edad	18 Año
Fecha de impresió	2018-02-23 15:00						
Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia				
HORMONAL							
T3 TOTAL (T3)		ng/dl	84.00 - 172.00	23/02/2018 13:14			
NO HAY REACTIVO VALOR DE REFERENCIA: 84 A 172 ng/dl.							
Técnica: QUIMIOLUMINISCENCIA							
T4 TOTAL (T4)		ug/dl	3.00 - 24.00	23/02/2018 13:14			
NO HAY REACTIVO VALOR DE REFERENCIA 3 A 24 ug/dl.							
VALIDADO							

Sexo:	Femenino	Código:	32479
Doc Id:	1501198681		
H. Clínica:			
ESTUDIOS HORMONALES			
Análisis	Resultados	Und.	Referencia
FT4 Tiroxina Libre	2.09	ng/dl	0-4 días 2 semanas - 20 años Adultos 2 - 6.0 0.75 - 1.54 0.8 - 1.80

Sexo:	Femenino	Código:	37050
Doc Id:	1501198681		
H. Clínica:			
AUTOINMUNIDAD			
Análisis	Resultados	Und.	Referencia
Anti Peroxidasa Tiroidea (Microsomal)	302.9	UI/ml	0 - 40

Entidad	: Lcdo. Taipe - TENA -243-		
ANÁLISIS	RESULTADO		INTERVALOS BIOLÓGICOS
ESTUDIOS HORMONALES (Suero)			
*AC. ANTI-RECEPTORES DE TSH	43.0	UI/L	Negativo: Menor ó igual a 1.00 Bordelem: 1.10 a 1.50 Positivo: Mayor a 1.50
Método: Elisa			

Anexo A: Consentimiento informado

Formulario de consentimiento Informado

Yo..... doy mi consentimiento para que la información sobre mí / mi hijo o pupilo / mi pariente (círculo según el caso) que se publicará en.....
.....
.....

Entiendo que la información se publicará sin mi / mi hijo o pupilo del / de mi pariente (círculo como apropiado nombre) unida, pero que el anonimato completo no puede ser garantizada.

Entiendo que el texto y las imágenes o videos publicados en el artículo estarán disponibles Gratuitamente en Internet y puede ser visto por el público en general.

Las imágenes, vídeos y texto también pueden aparecer en otros sitios web o en la impresión, puede ser traducido a otros idiomas o utilizado con fines educacionales.

Se me ha ofrecido la oportunidad de leer el manuscrito.

La firma de este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad.

Nombre.....

Fecha.....

Firmado.....

Nombre del autor.....

Fecha.....

Firma.....