

Hipotiroidismo autoinmune con malabsorción de tiroxina

Ferrero Rodríguez L, Sánchez Miró JC

Centro de Salud Francia. Fuenlabrada (Madrid)

El hipotiroidismo primario es el déficit hormonal más frecuente en la práctica clínica. Afecta a 4-6% de la población. Es más prevalente en el sexo femenino y aumenta con la edad. Aunque su tratamiento clínico es relativamente sencillo y puede ser asumido por la asistencia primaria, en la práctica diaria en ocasiones se pueden presentar situaciones que compliquen su seguimiento en dicho nivel de atención.

Presentamos un caso de hipotiroidismo autoinmune infratado por malabsorción de la tiroxina, secundario a gastritis por *Helicobacter pylori* resistente a tratamiento.

CASO CLÍNICO

Mujer de 46 años con antecedentes de ansiedad crónica, que acude a consulta de atención primaria por astenia.

En el examen físico no presenta datos relevantes.

En la analítica se diagnostica hipotiroidismo subclínico: TSH 6,93, T4 normal, con anticuerpos antitiroideos 352.

Se comienza tratamiento con levotiroxina (25 mcg diarios).

Se realiza analítica de control a los tres meses de tratamiento: TSH 23 y anticuerpos antitiroideos positivos.

Se ajusta el tratamiento de acuerdo con los niveles de TSH. Se realiza seguimiento de la paciente en atención primaria y se observa un aumento de la TSH a pesar de corregir la dosis de levotiroxina.

Derivamos por este motivo a la consulta de Endocrinología, donde se comienza el seguimiento de la paciente y realizan estudios complementarios:

- Ecografía tiroidea: sin nódulos y con aumento difuso del tiroides.
- Anticuerpos anti-factor intrínseco negativos.
- Estudio de malabsorción negativo.

- Endoscopia alta: gastritis crónica con *Helicobacter pylori* positivo, sin metaplasia.

Se realiza tratamiento erradicador en tres ocasiones, con diferentes pautas establecidas, la última de ellas con levofloxacino, amoxicilina y pantoprazol; tras todas ellas sigue presente el *Helicobacter pylori*.

En la consulta de Aparato Digestivo se recomienda no realizar más terapia de erradicación debido a la resistencia bacteriana. Se sugiere seguimiento con revisiones endoscópicas.

El juicio clínico final incluye hipotiroidismo autoinmune, infratado por malabsorción de tiroxina, en posible relación con patología gástrica (infección por *Helicobacter pylori*).

Se pauta tratamiento con levotiroxina (400 mcg durante 5 días y 450 mcg durante 2 días de cada semana y omeprazol (20 mg/día).

COMENTARIO

La relación entre la infección por el *Helicobacter pylori* y otras enfermedades de carácter autoinmune se ha estudiado en numerosas ocasiones: por ejemplo, con la púrpura trombocitopénica idiopática, la anemia por déficit de hierro y la urticaria idiopática crónica¹. Recientes estudios relacionan la asociación del *Helicobacter pylori* incluso con la enfermedad de Parkinson².

Estas enfermedades pueden ser causadas de forma directa o indirecta por varios mecanismos, que incluyen la atrofia gástrica producida por la bacteria, la liberación de mediadores inflamatorios o la respuesta sistémica autoinmune³.

Las terapias de erradicación del *Helicobacter pylori* mejoran algunas de estas enfermedades, aunque se necesitan más estudios aleatorizados para poder demostrarlo.

El desarrollo de gastritis crónica con la infección por *Helicobacter pylori* reduce claramente la

absorción de tiroxina oral por disminuir la secreción gástrica de ácido. Diferentes autores sostienen que la levotiroxina necesita de un medio ácido en el estómago para su absorción. El incremento de las necesidades de tiroxina está directamente relacionado con el grado de atrofia. Si se consigue la erradicación de *Helicobacter pylori*, se obtiene una clara mejoría en la absorción de la tiroxina y por tanto del hipotiroidismo⁵.

En el caso que nos ocupa, pese a la dosis elevada de levotiroxina (450 mcg), se mantienen cifras altísimas de TSH sin poder aproximarse a cifras adecuadas. Se ha efectuado tratamiento erradicador en tres ocasiones con las pautas satisfactorias y ha sido imposible la erradicación.

Otras causas frecuentes de escaso control del hipotiroidismo son el incumplimiento de la terapéutica, la interacción de la levotiroxina con otros medicamentos (omeprazol, carbonato cálcico, metformina...), dieta rica en fibra en el desayuno, dieta muy rica en grasas y proteína de soja e ingestión de café junto con la toma de tiroxina⁶.

La absorción de la tiroxina puede verse afectada en pacientes que presenten condiciones o tratamientos que modifiquen la acidez gástrica, por lo que en ellos los requerimientos diarios de tiroxina serán mayores y en ocasiones no podrá lograrse un adecuado control.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Franceschi F, Roccarina D, Gasbarrini A. Extragastric manifestations of *Helicobacter pylori* infection. *Minerva Med* 2006;97:39-45.
- 2.- De Korwin JD. Does *Helicobacter pylori* infection play a role in extragastric disease? *Presse Med* 2008;37:525-34.
- 3.- Bugdaci MS, Zuhur SS, Sokmen M, Toksoy B, Albayrak B, Altuntas Y. The role of *Helicobacter pylori* in patients with hypothyroidism in whom could not be achieved normal thyrotropin levels despite treatment with high doses of thyroxine. *Helicobacter* 2011;16:124-30.
- 4.- Arroyo Bros J, Gil Lluís P, Llauredó Cabot G, Caixàs Pedragós A. Hipotiroidismo primario: consideraciones para una buena utilización del tratamiento con levotiroxina. *Medicina Clinica (Barc)* 2011;136:207-14.
- 5.- Liwanpo L, Hershman. Conditions and drugs interfering with thyroxine absorption. *JM Best Pract Res Clin Endocrinology Metabolism* 2009;23:781-92.