



Clínica cotidiana

Hipertiroidismo gestacional transitorio secundario a hiperémesis gravídica

Andrea Moya Cerdán*, Olga Tugueva Buzarova, Guinamarys del Carmen Núñez Almonte, Sugye Pérez Pérez, Carolina Vanessa Calle Tello, Olena Staeva

Centro de Salud Orihuela Costa. Orihuela (Alicante).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de julio de 2021

Aceptado el 19 de julio de 2022

On-line el 9 de septiembre de 2022

Palabras clave:

Hiperémesis gravídica

Hipertiroidismo

Gestación

Tirotoxicosis

R E S U M E N

Aunque la enfermedad de Graves sigue siendo la causa más frecuente de hipertiroidismo durante el embarazo, la producción excesiva de gonadotropina coriónica humana beta (beta-HCG) durante el primer trimestre de gestación, que acaba por estimular la función tiroidea, puede dar lugar a hipertiroidismo gestacional transitorio.

Esta entidad predomina en gestantes con hiperémesis gravídica y tiene un carácter autolimitado, que se resuelve con el descenso de las cifras de beta-HCG sobre la semana 18-20 de gestación.

Presentamos el caso de una gestante con hipertiroidismo gestacional transitorio secundario a hiperémesis gravídica, con el objeto de recordar esta patología, su diagnóstico y tratamiento.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Transient gestational hyperthyroidism secondary to hyperemesis gravidarum

A B S T R A C T

Although Graves' disease is still the most common cause of hyperthyroidism during pregnancy, the excessive production of beta-subunit of human chorionic gonadotropin (beta-HCG) during the first trimester of pregnancy, which ultimately stimulates the thyroid function, can end up in an entity known as gestational transient hyperthyroidism.

This entity predominates in pregnant women with hyperemesis gravidarum and has a self-limited nature, that resolves with the decline in numbers of beta-HCG during the 18-20 week of pregnancy.

Below, we report a case of a pregnant woman with transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum, in order to remember this disease, its diagnosis and treatment.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A

Keywords:

Hyperemesis gravidarum

Hyperthyroidism

Pregnancy

Thyrotoxicosis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andrea.moya.cerdan@gmail.com (A. Moya Cerdán).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2022.037>

2254-5506 / © 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Mujer de 27 años de edad, procedente de Ucrania, sin alergias medicamentosas conocidas ni otros antecedentes personales de interés, primigesta en la semana 12 + 1 de embarazo, que consulta por hiperémesis gravídica grave asociada a debilidad, astenia e hiporexia.

La exploración física es normal.

Se realiza una analítica sanguínea que muestra hormona tiroestimulante (TSH) de 0,1 μ UI/ml (0,1-2,5 μ UI/ml) y tiroxina (T4) libre de 1,46 ng/dl (0,8-1,9 ng/dl). Además, presenta niveles de gonadotropina coriónica humana beta (beta-HCG) de 38737,8 mUI/ml.

Dados los hallazgos analíticos, se plantea el diagnóstico diferencial entre hipertiroidismo subclínico secundario a enfermedad de Graves o a hiperémesis gravídica.

Se consulta con el Servicio de Endocrinología, se solicita una analítica de control con perfil de hormonas tiroideas, incluyendo anticuerpos antitiroideos, y se suspende la toma de suplementos yodados.

Pasado un mes, la clínica mejora y la nueva analítica muestra TSH de 0,85 μ UI/ml y T4 libre de 1,15 ng/dl. El estudio de anticuerpos antitiroideos es negativo, lo que lleva al diagnóstico de hipertiroidismo subclínico secundario a hiperémesis gravídica.

de función tiroidea, de forma que, si no se tienen en cuenta, estas podrían valorarse como alteradas. En el primer trimestre de embarazo los niveles de TSH se encuentran disminuidos por efecto de la beta-HCG sobre los receptores de TSH; la función tiroidea normal se mantiene normal en ausencia de clínica u otros estigmas bioquímicos de hipertiroidismo. Cuando se produce una secreción excesiva de beta-HCG, que estimula la secreción del tiroides, se habla de hipertiroidismo gestacional transitorio.

Esta alteración ocurre en 0,5-10 casos/1.000 embarazos¹. Aparece con mayor frecuencia en el primer trimestre de embarazo y predomina en gestantes de embarazos gemelares, molares y, más frecuentemente, con hiperémesis gravídica (presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo temprano, que causan pérdida de peso mayor del 5 %, deshidratación y cetonuria).

Por tanto, antes de iniciar tratamiento antitiroideo en gestantes, es imperativo hacer un buen diagnóstico diferencial que incluya esta entidad. Tiene un carácter autolimitado, que se resuelve con el descenso de las cifras de beta-HCG sobre la semana 18-20 de gestación²⁻⁴; por tanto, no requiere de tratamiento antitiroideo para su resolución.

Comentario

El hipertiroidismo constituye la patología tiroidea más frecuente durante la gestación. Se presenta en aproximadamente el 0,05-0,2 % de los embarazos¹.

La causa más frecuente es la enfermedad de Graves, que explica el 85-90 % de los casos, y, además, resulta ser la causa más frecuente de hipertiroidismo en mujeres en edad reproductiva.

La presencia de bocio, oftalmopatía y su etiología autoinmune, entre otras características de la enfermedad, permiten diferenciarla de otra causa menos frecuente de hipertiroidismo durante la gestación, el hipertiroidismo gestacional transitorio (tabla 1).

Durante la gestación se produce una serie de cambios fisiológicos que se ven reflejados en los resultados de las pruebas

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Perea HV, Hernández Hernández MC. Hipertiroidismo y embarazo. *Rev Cuba Endocrinol.* 2012; 23(3): 299-305.
- Eliakim R, Abulafia O, Sherer DM. Hyperemesis gravidarum: a current review. *Am J Perinatol.* 2000; 17(4): 20.
- Goodwin TM, Montoro M, Mestman JH, Pekary AE, Hershman JM. The role of gonadotropin in transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum. *J Clin Endocrinol Metab.* 1992; 75(5): 1333-7.
- Tan JYL, Loh KC, Yeo GSH, Chee YC. Transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum. *BJOG.* 2002; 109(6): 683-8.

Tabla 1 – Diagnóstico diferencial de las etiologías más comunes de hipertiroidismo durante la gestación.

Hipertiroidismo gestacional transitorio	Enfermedad de Graves
<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de antecedentes familiares de enfermedad de Graves u otras enfermedades autoinmunes Diagnóstico en el primer trimestre de gestación Ausencia de clínica previa al embarazo Hiperémesis gravídica, embarazos gemelares o molares Anticuerpos negativos Relación T3/T4 <20 Autolimitado 	<ul style="list-style-type: none"> Posible antecedente familiar de enfermedad de Graves u otras enfermedades autoinmunes Diagnóstico en cualquier trimestre de gestación La clínica puede estar presente antes del embarazo Presencia de otras manifestaciones clínicas: oftalmopatía, bocio... Sin relación con hiperémesis gravídica, embarazos gemelares o molares Anticuerpos positivos Relación T3/T4 >20 Evolución de la enfermedad impredecible