

■ REPORTE DE CASO

Síndrome tirogástrico autoinmune en mujer joven

Autoimmune thyrogastric syndrome in a young woman

César Damián Riveros Duré¹ , Auda Alice Quintana Rotela¹ 

¹Universidad Nacional de Itapúa. Facultad de Medicina. Postgrado de Medicina Interna. Encarnación, Paraguay

RESUMEN

El síndrome tirogástrico autoinmune es la asociación entre dos patologías de origen autoinmune: la anemia perniciosa y la tiroiditis autoinmune, generalmente de presentación en adultos mayores.

Se presenta caso de una mujer de 34 años que acude por derrame pericárdico asociado a una pancitopenia por déficit de vitamina B12 debida a una gastritis atrófica de origen autoinmunitaria. Se diagnostica una tiroiditis autoinmune. Recibe tratamiento con complejo B y levotiroxina, con mejoría del derrame.

Es importante que ante patologías autoinmunitarias se realice la búsqueda sistemática de otras enfermedades de la misma estirpe para el mejor manejo clínico.

Palabras claves: síndrome tirogástrico autoinmune, anemia perniciosa, tiroiditis autoinmune.

ABSTRACT

Autoimmune thyrogastric syndrome is the association between two pathologies of autoimmune origin: pernicious anemia and autoimmune thyroiditis, which usually presents in older adults.

We present the case of a 34-year-old woman who consult about pericardial effusion associated with pancytopenia caused by vitamin B12 deficiency due to autoimmune atrophic gastritis. Autoimmune thyroiditis is diagnosed. She receives treatment with complex B and levothyroxine, with improvement of the effusion.

It is important that in the case of autoimmune pathologies, a systematic search for other diseases of the same lineage is carried out for the best clinical management.

Keywords: autoimmune thyrogastric syndrome, pernicious anemia, autoimmune thyroiditis


Artículo recibido: 7 febrero 2022

Artículo aceptado: 10 mayo 2022

Autor correspondiente:

Dr. César Damián Riveros Duré

Correo electrónico: cesaro.damian93@gmail.com

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

INTRODUCCIÓN

El síndrome tirogástrico autoinmune es definida como la presencia de afección tiroidea de etiología autoinmunitaria (tiroiditis de Hashimoto o enfermedad de Graves) y de gastritis crónica tipo A^(1,2).

Se describen 2 tipos de gastritis atrófica. La más estudiada es la tipo B, relacionada a la infección por *Helicobacter pylori*. La tipo A es la gastritis autoinmune, donde existen autoanticuerpos contra las células parietales o contra el factor intrínseco que llevan a destrucción de las células parietales. Esto desencadena trastornos en la absorción de la vitamina B12 que, si sigue su curso, progresa a su etapa final de la anemia perniciosa^(3,4).

La gastritis atrófica tipo A está se relaciona frecuentemente con otros tipos de enfermedades autoinmunes como la tiroiditis autoinmune, diabetes mellitus tipo I, enfermedad de Addison y el vitíligo⁽¹⁻³⁾. Los pacientes con patologías auto inmunitarias de la tiroides tienen un riesgo aumentado de padecer anemia perniciosa con respecto a la población general. En algunas series son descritas hasta en 40%, principalmente en la población geriátrica^(1,2).

La presentación clínica puede ser variada y superpuesta una con otra. Entre las relacionadas con la anemia perniciosa están las molestias inespecíficas abdominales, hematológicas (desde una anemia clásicamente macrocítica hasta pancitopenia) y neurológicas periféricas o centrales. También está el cuadro clínico relacionado con hiperfunción o hipofunción de la glándula tiroidea, desde una forma asintomática hasta expresiones graves de hipertiroidismo^(1,3,5,6).

El diagnóstico está marcado principalmente por la demostración de la deficiencia de vitamina B12 asociada a la presencia de autoanticuerpos gástricos y la demostración de atrofia gástrica en la endoscopia digestiva alta para la anemia perniciosa. Las tiroiditis autoinmunes se diagnostican por el dosaje de las hormonas tiroideas junto con la presencia de autoanticuerpos contra esta glándula. El tratamiento está dirigido a la corrección del déficit vitamínico con inyecciones de B12 y tratamiento específico correspondiente de la patología tiroidea asociada^(3,4,7-9).

CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años acude por cuadro de 2 meses de astenia, adinamia. Hace 15 días detecta edema de miembros inferiores hasta ambas rodillas, de consistencia blanda y sin cambios de coloración. Hace 8 días presenta dificultad respiratoria al esfuerzo hasta llegar al reposo con mejoría con la posición sentada y el tronco inclinado hacia adelante. Consultó en un centro asistencial donde fue medicada con diuréticos, sin mejoría. Como antecedente refiere adormecimiento en pulpejo de los dedos de las manos en forma simétrica y bilateral. Niega hábitos tóxicos.

Al examen físico de ingreso tiene presión arterial 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca 106 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto, IMC 20 k/m². En aparato cardiovascular se observa discreta ingurgitación yugular a 45 grados, pulsos periféricos normales, el ictus cordis no es visible ni palpable, el ritmo es regular, 106 por minuto, con primer y segundo ruidos cardiacos hipofonéticos, sin soplos o ruidos agregados. Llama la atención palidez mucocutánea y edema blando de miembros inferiores en resolución.

El electrocardiograma de ingreso muestra complejos QRS de voltajes disminuidos en varias derivaciones (gráfico 1).

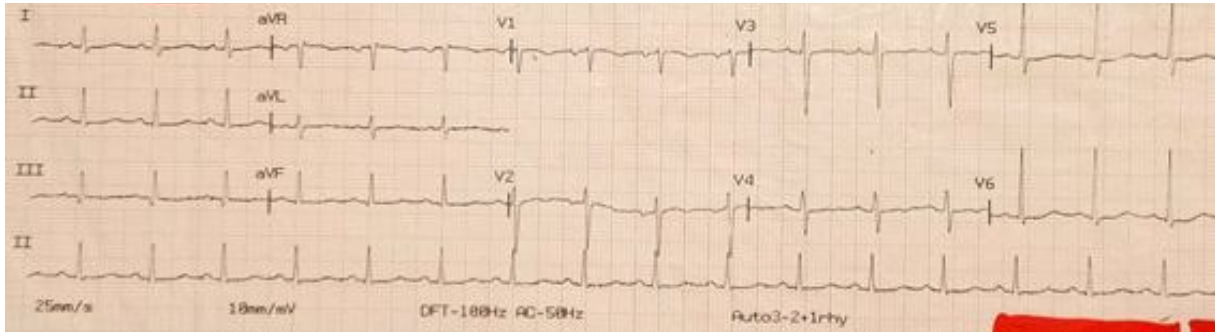


Gráfico 1. Electrocardiograma de 12 derivaciones donde se observan complejos QRS de bajo voltaje.

En la radiografía de tórax se observan estructuras óseas conservadas, senos costofrénicos libres, no hay hiliros congestivos ni ensanchamiento mediastínico. Llama la atención el índice cardiotorácico aumentado (corazón en botellón) (gráfico 2).



Gráfico 2. Radiografía de tórax: se observa corazón en botellón.

En estudio de laboratorios presenta: hemoglobina 2,9 g/dL, hematocrito 9 %, leucocitos 4.370/mm³, plaquetas 115.000 mm³, VCM 132 fL, HCM 43 pg, CHCM 32%, test de Coombs negativo, perfil férrico en rango, reticulocitos 3,7%, frotis de sangre periférica con anisocitosis (++) , macrocitosis, policromasia (+), punteado basófilo (+). Perfil renal y hepático en rango. Proteínas totales, albúmina, electrolitos y coagulograma normales. LDH: 5621 U/L. VIH no reactivo. Perfil tiroideo: TSH 30,71 mUI/mL (0,27 - 4,2), T3 total 123 ng/mL (80-200), T4 total 8 mcg/dL (4,5-12,5), tiroxina libre 1,10 ng/dl (0,93-1,70). Se realiza diagnóstico de hipotiroidismo 1° y se transfunden 2 volúmenes de concentrados de glóbulos rojos y se inicia tratamiento con levotiroxina 150 mcg/día mostrando mejoría de la sintomatología de ingreso.

Se realizan estudios complementarios. En la ecografía tiroidea se observa glándula de tamaño conservado, con cambios difusos sugerentes de proceso autoinmune. En la ecocardiografía transtorácica se detecta derrame pericárdico moderado a nivel posterior, leve a nivel de la pared lateral, y moderado a nivel de la pared anterior, sin repercusión hemodinámica. La endoscopia

digestiva alta muestra pangastritis eritematosa a la macroscopía y en la biopsia se informa gastritis crónica activa del antro con atrofia de las glándulas específicas del mismo, sin metaplasia intestinal, presencia de *Helicobacter pylori*. Los anticuerpos anti TPO son positivos >418 UI/mL (<75 UI/ml), ANA y anti DNA negativos. Ácido fólico en sangre: 15,7 ng/mL (4,4 a 20 ng/mL), vitamina B12 en sangre 83 pg/mL (187 a 883 pg/mL). Anticuerpos anti-células parietales (APCA) negativo. Factor intrínseco: autoanticuerpos reactivos 142 UR/ml (positivo superior a 20 UR/ml).

Se llega al diagnóstico de anemia perniciosa asociada a hipotiroidismo crónico autoinmune. Se inicia tratamiento con complejo B intramuscular por 7 días. A la semana del tratamiento muestra mejoría de las tres series sanguíneas: hemoglobina 7,9 g/dL, hematocrito 24%, reticulocitos 13,2 %, leucocitos 4.715/mm³ y plaquetas 153.000/mm³. El control ecocardiográfico informa mejoría del derrame pericárdico. Es dada de alta con levotiroxina, esquema para erradicación de *Helicobacter pylori* e inyecciones mensuales de complejo B.

DISCUSIÓN

Existen asociaciones entre variados tipos de enfermedades autoinmunes, entre ellas se mencionan a las que vinculan gastritis tipo A con las enfermedades tiroideas autoinmunes⁽¹⁻³⁾. La forma de presentación clínica florida en una mujer joven no es la regla por lo que merece la pena esta descripción.

La anemia perniciosa clásicamente ha sido considerada como una enfermedad que se presenta de manera más frecuente en mujeres mayores de 60 años, así como las manifestaciones consecuentes de la deficiencia de absorción de la vitamina B12 son principalmente manifiestas en edades mayores. Llamó la atención la edad joven de nuestra paciente que se presentó como una anemia severa tipo macrocítica acompañada de leucopenia y trombocitopenia leve (pancitopenia). Sus parestesias distales fueron atribuidas a la deficiencia de B12^(2-5,10). Esto demuestra que todo de caso de anemia debe ser estudiada por el internista y no tratada sin conocer la etiología.

En la gastritis atrófica tipo A la presencia de autoanticuerpos genera la destrucción de las glándulas oxínticas lo cual genera la atrofia unifocal del antro. Aunque es más frecuente en adultos mayores puede presentarse también en adultos jóvenes. La falta de absorción de la vitamina B12 está dada por la hipoclorhidria. El hallazgo en nuestra paciente de gastritis atrófica del antro por anatomía patológica en primera instancia corresponde a una etiología autoinmunitaria. La presencia de *Helicobacter pylori* podría considerarse como un hallazgo casual o una causa asociada a la misma que podría favorecer la perpetuación y cronicidad de la enfermedad por lo que es recomendado la erradicación de la misma^(1,3,7).

En la tiroiditis autoinmune se encuentran frecuentemente anticuerpos contra la tiroglobulina y la peroxidasa. Estos pacientes tienen una probabilidad aumentada de desarrollar anemia perniciosa comparados con la población general, en algunos estudios llega hasta 40% en la población mayor⁽²⁾. Otros autores describen una prevalencia en pacientes con enfermedades tiroideas autoinmunes de anemia perniciosa cercana a 13%, mientras que si son estudiado pacientes con gammagrafía la presencia de autoinmunidad tiroidea es cercana a 50%⁽¹⁾. El hipotiroidismo en la tiroiditis autoinmune puede ser subclínico o ser clínicamente significativo. Esta variada la presentación clínica es un desafío para el internista porque puede consultar por manifestaciones cardiovasculares que van desde bradicardia sinusal, hiperlipemia, enfermedad coronaria y derrame pericárdico. Éste es más frecuente en pacientes con hipotiroidismo congénito o de larga evolución y raramente llegan al taponamiento. Estas manifestaciones no suelen encontrarse relacionadas con la concentración de las hormonas tiroideas y TSH^(9,11).

La buena respuesta con la administración de levotiroxina evidenciada nuestra paciente con la ecocardiografía de control, más el repunte hematológico visto tras la administración de complejo B intramuscular, confirman el diagnóstico de síndrome tirogástrico autoinmune.

El mensaje que deja este caso para los internistas es la importancia de que ante la presencia de una patología autoinmunitaria es imperativa la búsqueda sistemática de asociación con otras afecciones de la misma estirpe, para el mejor manejo y seguimiento de las mismas.

Conflicto de intereses

No existe conflicto entre los autores.

Contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron en la redacción del artículo.

Financiamiento

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Henao SC, Martínez JD, Arteaga JM. Síndrome autoinmune tirogástrico (SAT): serie de casos. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2019 [citado 20 Enero 2022];34(4):350–5. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/333/702>. DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.333>
2. Velarde-Mayol C, de la Hoz-García B, del Cañizo-Fernández-Roldán C, Hernández-López AM, Loza-Candia I, Cardona-Hernández AC. Anemia perniciosa y enfermedades tiroideas autoinmunes en una población mayor de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [citado 20 Enero 2022];50(3):126–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X14002224>. DOI: 10.1016/j.regg.2014.10.004
3. Rodríguez de Santiago E, Ferre Aracil C, García García de Paredes A, Moreira Vicente VF. Anemia perniciosa. Del pasado al presente. *Rev Clín Esp*. 2015;215(5):276–84. DOI: 10.1016/j.rce.2014.12.013
4. Maquilón S, Espino E A. Gastritis autoinmune: diagnóstico y manejo de una entidad subdiagnosticada. *Gastroenterol latinoam* [Internet]. 2019 [citado 20 Enero 2022];30(1):13–20. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2019n1000.03.pdf>
5. Ruiz-Magaz MC, Garrido-Calvo S, Soler-Gonzalez J, Jover-Sàenz A. Pancitopenia en mujer joven de raza negra como forma de presentación de una anemia megaloblástica. [Carta de Investigación]. *Aten Primaria* [Internet]. 2004 [citado 20 Enero 2022];34(2):101–3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=13063387&r=27>
6. Carrillo Ñañez L, Carrillo García P, Varas Álvarez M, Aliaga Córdova F, Chian García C. Demencia reversible por déficit de vitamina B12 en un adulto mayor. *Horiz Med* [Internet]. 2017 [citado 20 Enero 2022];17(2):77–81. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000200012. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n2.11>
7. López D, Arteaga-Erazo CF, González-Hilamo IC, Montero-Carvajal JB. Consideraciones generales para estudiar el síndrome anémico. Revisión descriptiva. *Arch Med (Manizales)* [Internet]. 2021 [citado 20 Enero 2022];21(1):165–81. Disponible en: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/8m53j>. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.1.3659.2021>
8. Severini J, Tardío C, Bellantig Tardío M, Cusumano M, Dolce V, Perotti D, et al. Revisiones: Abordaje del paciente con pancitopenia [Internet]. Rosario - Santa Fe: Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, 1ra Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica y la Carrera de Posgrado de especialización en Clínica Médica; 2010. [citado 20 Enero 2022]. Disponible en: <http://www.clinica-unr.com.ar/2015-web/Downloads/Revisiones - Pancitopenia.pdf>

9. Quintanilla-Ferrufino GJ, Medina-Guillen LF, Erazo LC, Medina-Guillen M, Shafick-Asfúra J. Alteraciones cardiovasculares causadas por hipotiroidismo clínico y subclínico. *Rev Cient Cienc Méd [Internet]*. 2020 [citado 20 Enero 2022];23(1):52-60. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332020000100008&script=sci_arttext#:~:text=Dentro%20de%20las%20principales%20afecciones,diast%C3%B3lica%20del%20ventr%C3%ADculo%20izquierdo8%2C
10. Mechán V, Ramírez J, Cerrillo G, Ticse L, Ramos T. Anemia perniciosa y atrofia gástrica. *Acta Med Per [Internet]*. 2012 [citado 20 Enero 2022];29(4):204-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v29n4/a07v29n4.pdf>
11. Viamonte Tapia MN, Chang Fong A, Carmenaty Campo N, Pérez Cala A, Meriño Hechavarría T. Derrame pericárdico grave en un paciente con hipotiroidismo. *Medisan [Internet]*. 2012 [citado 20 Enero 2022];16(12):1942-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001200018