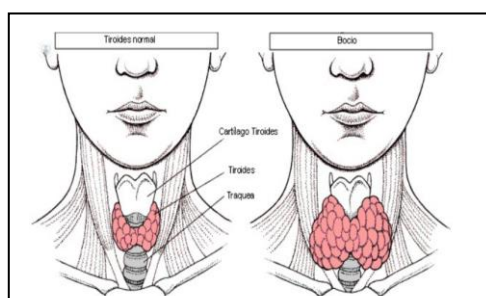


ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW

Enfermedad autoinmune en la que unos anticuerpos generados por el propio cuerpo y conocidos como inmunoglobulinas estimuladoras del tiroides (TSI), se unen a la glándula tiroides y la activan, dando como resultado un aumento de su tamaño (también llamado bocio) y de su función, con exceso en la producción de hormonas

Los anticuerpos forman parte del sistema inmune habitual y su misión es defendernos de las infecciones.

En el caso de esta enfermedad, los TSI responden contra el propio tiroides. Existe una mayor predisposición genética en algunas personas, en las que algunos estímulos pueden desencadenar esta respuesta patológica.



(hipertiroidismo).

Entre los desencadenantes más frecuentes se encuentran el estrés, el tabaco y ciertas infecciones bacterianas y víricas, aunque hay pacientes en los que no se encuentra ninguno.

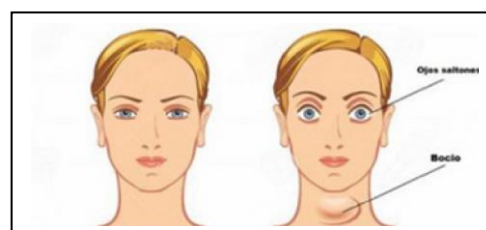
Esta enfermedad tiene una prevalencia elevada, aunque varía según las zonas, afectando incluso a un 2 % de las mujeres y un 0.2 % de los varones, con un predominio entre los 20 y los 50 años (aunque en ocasiones puede verse en niños o en ancianos también). Es la causa más frecuente de hipertiroidismo en la clínica (60-70 % de los casos).

El paciente suele tener síntomas de exceso de hormonas tiroideas. Los síntomas más frecuentes son las palpitaciones, la intolerancia al calor, los temblores y la pérdida de peso. Entre los signos, el aumento de tamaño de la glándula tiroides (37-100 %) y la afectación ocular (50 % de los pacientes) (ver folleto sobre afectación ocular).

En ocasiones, al ser una enfermedad autoinmune, puede asociarse a otras en la misma persona o en sus familiares cercanos, como el vitíligo (manchas blancas en la piel), gastritis crónica, diabetes y otras. Es conveniente siempre que el paciente sea valorado y tratado en Endocrinología.

El diagnóstico consta de dos pasos. En primer lugar se diagnostica el hipertiroidismo por un aumento de hormonas tiroideas (tiroxina o T4 y/o triyodotironina o T3), lo cual hace que la hormona estimulante del tiroides se inhiba y aparezca baja en sangre (TSH) (ver folleto de hipertiroidismo).

En segundo lugar, dentro de las posibles causas de hipertiroidismo, se sospecha ésta en particular por la presencia de bocio (glándula tiroides aumentada de tamaño), la edad (generalmente son más jóvenes que los pacientes con otras enfermedades tiroideas) y/o la existencia de alteraciones oculares (ver oftalmopatía tiroidea).



Para comprobar el diagnóstico, en ocasiones se puede solicitar una prueba de medicina nuclear, llamada gammagrafía, en la cual se

utiliza un marcador radiactivo llamado tecnecio, que se fijará a la glándula tiroides mostrando generalmente un aumento global de tamaño y función. Esta prueba no es necesaria de rutina, pero puede estar indicada cuando se quiere diferenciar esta enfermedad de otras causas de hipertiroidismo (ver folleto de causas de hipertiroidismo).

Esta enfermedad debe tratarse siempre, ya que sin tratamiento se ha descrito una mortalidad alta (20 % incluso). Como medida general, **aconsejamos abandonar el tabaco** (ya que puede empeorar la afectación ocular y aumenta las recidivas). En Europa en general, se prefiere iniciar tratamiento médico con antitiroideos, aunque en otros países optan directamente por tratamiento definitivo mediante ablación con yodo radiactivo (“quemar” el tiroides) o cirugía con extirpación total de la glándula.



Los antitiroideos más utilizados son las tionamidas que actúan frenando la síntesis de hormonas y disminuyendo los anticuerpos. El más utilizado es el tiamazol (Tirodril[®]) pero también el carbimazol (Neotomizol[®]); y en ciertos casos como la gestación en el primer trimestre, el propiltiouracilo. Estos fármacos tardan 2 semanas en hacer efecto, por lo que se suele añadir un betabloqueante de forma transitoria para frenar la frecuencia cardíaca y el temblor si el paciente está muy sintomático. Los efectos secundarios suelen ser poco frecuentes, pero se debe advertir al paciente de la conveniencia de acudir a urgencias en caso de fiebre alta e infección por la posibilidad de que le bajen las defensas. Normalmente, su endocrinólogo mantendrá el tratamiento si no hay efectos secundarios durante 12-18 meses. Con este tratamiento las curaciones definitivas son aproximadamente del 30 %. Es por ello, que incluso tras suspender el tratamiento, su endocrinólogo le programará revisiones y le advertirá de la necesidad de repetir analíticas periódicas.

En caso de reaparición de la enfermedad, se suele ofrecer la posibilidad de tratamiento definitivo, cirugía con extirpación de toda la glándula (en casos de gran bocio o afectación ocular); o medicina nuclear (yodo radiactivo). Ambos procedimientos tienen sus ventajas e inconvenientes que le serán explicados en detalle por su médico endocrinólogo para tomar una decisión consensuada entre ambos.

Información elaborada por la Dra Victoria Alcázar (Hospital Severo Ochoa. Leganés) en representación del Área de Conocimiento de Tiroides. TIROSEEN.