

Caso clínico

Hipertiroidismo Tratado con Homeopatía

**Yolanda Castro Pérez

Resumen

PALABRAS CLAVE:

Hipertiroidismo, Climaterio, Hiperprolactinemia, Homeopatía.

Las mujeres tienen mayor susceptibilidad a padecer alteraciones tiroideas debido a las variaciones fisiológicas, hormonales y trastornos autoinmunitarios que presentan durante las diferentes etapas de su vida. Las pacientes en el climaterio frecuentemente presentan hipertiroidismo, haciendo el diagnóstico sólo con la medición de hormona estimulante de la tiroides (TSH) circulante (actualmente es la prueba más precisa de la actividad tiroidea).

El cuadro clínico de esta enfermedad comparte varios síntomas con la etapa del climaterio. Por lo tanto, en muchas ocasiones transcurren entre 12 y 18 meses para hacer el diagnóstico. En la actualidad, el tratamiento alopático que se maneja para esta patología sigue teniendo puntos de discusión debido a que no hay opciones amplias para solucionar el hipertiroidismo.

En el caso clínico mostrado a continuación, la paciente llega a la etapa del climaterio con síntomas como irritabilidad, ansiedad, llanto fácil, trastornos del sueño y bochornos; también con diagnósticos de hipertiroidismo e hiperprolactinemia, verificados con estudios de laboratorio. Tiene tratamiento alopático establecido de dos años de duración para dichas patologías, sin presentar mejoría clínica. Sus síntomas han deteriorado su calidad de vida a pesar del tratamiento hormonal, y la Homeopatía se perfila como el tratamiento ideal.

En este artículo se muestra que la aplicación de la terapéutica hahnemanniana le ofrece mejoría clínica a la paciente, toda vez que los resultados de los estudios de laboratorio practicados para dar seguimiento (TSH y prolactina) arrojan rangos normales. Tres años y nueve meses después del último tratamiento con Homeopatía, la paciente se encuentra clínicamente sana y los resultados de control de TSH están dentro de los parámetros normales, sin haber tomado tratamiento alguno durante dicho lapso.

**Médico Cirujano, Facultad de Medicina, zona Xalapa, Universidad Veracruzana. Especialidad en Terapéutica Homeopática, Sección de Posgrado (Instituto Politécnico Nacional). Especialidad en Terapia de Familia y Terapia Breve (Centro de Atención Psicológica a la Familia, Xalapa, Veracruz).

Recibido: mayo, 2017. **Aceptado:** junio, 2017.

KEYWORDS:

Hipertiroidismo, Climaterio,
Hiperprolactinemia,
Homeopatía.

Abstract

Women are more susceptible to thyroid disorders due to the physiological, hormonal variations and autoimmune disorders that they present during the different stages of their life. Patients in the climacteric often present hyperthyroidism, making the diagnosis only with the measurement of circulating thyroid stimulating hormone (TSH) (currently the most accurate test of thyroid activity).

The clinical picture of this disease shares several symptoms with the climacteric stage. Therefore, many times between 12 and 18 months to make the diagnosis. At present, the allopathic treatment that is handled for this pathology continues to have discussion points because there are no broad options to solve hyperthyroidism.

In the clinical case shown below, the patient reaches the climacteric stage with symptoms such as irritability, anxiety, easy crying, sleep disorders and hot flashes; also with diagnoses of hyperthyroidism and hyperprolactinemia, verified with laboratory studies. He has established allopathic treatment of two years of duration for these pathologies, without clinical improvement. Their symptoms have deteriorated their quality of life despite the hormonal treatment, and Homeopathy is outlined as the ideal treatment.

In this article, it is shown that the application of Hahnemann's therapy offers clinical improvement to the patient, since the results of the laboratory studies practiced to follow up (TSH and prolactin) show normal ranges. Three years and nine months after the last treatment with Homeopathy, the patient is clinically healthy and the TSH control results are within normal parameters, without having taken any treatment during that time.

Introducción

El climaterio es la etapa de transición entre la madurez reproductiva y la pérdida de la función ovárica; ésta se caracteriza por una deficiencia de estrógenos¹⁻⁴. Se presenta entre los 45 y los 55 años de edad, y no se relaciona con la raza ni el estado de nutrición. Sin embargo, ocurre antes en las mujeres nulíparas, fumadoras y en aquellas que han sido sometidas a histerectomía^{5,6}. La terapia hormonal (estrógenos) en mujeres menopáusicas ocasiona cambios en la TSH y alteraciones del nivel de prolactina, produciendo en algunos casos hiperprolactinemia⁷⁻¹⁰. Los trastornos tiroideos son más frecuentes en las mujeres y tienen mayor susceptibilidad en las diferentes etapas de

la vida, todo ello por modificaciones fisiológicas del sistema endócrino.

Cualquier trastorno tiroideo repercute de manera sistémica en el aparato reproductor, el metabolismo en general y el área psicológica¹¹⁻¹⁴.

Estas dos enfermedades, el hipertiroidismo y la hiperprolactinemia, así como la etapa del climaterio, comparten varios de los síntomas emocionales, generales y particulares; de ahí la importancia de hacer una historia clínica detallada y solicitar sólo los estudios necesarios de laboratorio y gabinete^{15,16}.

Actualmente se sabe que la medición de TSH es suficiente para hacer el diagnóstico de hipertiroidismo y que los tratamientos alopáticos

para dicha patología tienen impacto en otros tejidos, produciendo osteoporosis y algunas enfermedades cardiovasculares como fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca^{17, 18}. La Homeopatía es un tratamiento indicado para las mujeres que están en la etapa del climaterio y/o padecen hipertiroidismo debido a que regula la función hormonal y hay mejoría clínica notable. En el caso que se presenta a continuación se demuestra, con estudios de laboratorio, que la cuantificación de TSH y prolactina se encuentra en rangos normales.

Análisis del Caso Clínico

Paciente que llega al consultorio por primera vez en agosto de 2003. El motivo de la consulta son los síntomas del climaterio; también presenta los diagnósticos de hipertiroidismo e hiperprolactinemia confirmados con estudios de laboratorio. Tiene trastornos del sueño (insomnio) y el servicio de endocrinología la trata como patología independiente. Todos estos padecimientos son manejados con medicamentos alopáticos a partir del año 2000.

Ficha de identificación: paciente femenina de 46 años de edad. Originaria y residente de Xalapa-Enríquez, Veracruz; México. 20 años de matrimonio. Estudios de licenciatura en antropología, profesión que nunca ejerció. Se dedica a su familia (esposo y dos hijos) y a las labores del hogar. Practica la religión católica desde su familia nuclear.

Antecedentes heredo familiares: Padre vivo de 86 años de edad en el momento de la primera consulta; muere de cáncer de cerebro en noviembre del 2003. Madre viva de 81 años de edad con tabaquismo positivo. Por la línea materna: abuelo finado por cáncer de garganta, tío finado por cáncer de hígado (desconoce las edades); por la línea paterna, los familiares fallecidos han presentado infarto al miocardio.

Antecedentes personales no patológicos: Tabaquismo positivo desde los 17 años de edad, de 1 a 20 cigarros al día. Alcoholismo social positivo desde los 18 años de edad. Los deportes que practicó de soltera fueron ciclismo, voleibol y caminata. Actualmente practica Tai-chi y yoga, deportes que comenzó a practicar al mismo tiempo que inició el tratamiento con Homeopatía. Su pasatiempo es la lectura.

Antecedentes personales patológicos: enfermedades infantiles: a los 5 años de edad, sarampión; a los 10 años, tosferina y cuadros repetitivos de rinofaringitis.

Antecedentes quirúrgicos: salpingoclasia y dos cesáreas.

Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 13 años, ciclos irregulares, 3 x 28 a 35 días; IVSA: 26 años, gesta 2, cesáreas 2; sin complicaciones. Anticoncepción: dispositivo intrauterino. Fue tratada con hormonales orales para la regulación del ciclo menstrual desde adolescente (se desconoce el dato de duración de dicho tratamiento). Salpingoclasia a los 32 años de edad.

Se trabajó con la paciente durante 4 años, 1 mes (agosto del 2003 a septiembre del 2007). Durante este tiempo los síntomas descritos en cada consulta van disminuyendo de intensidad y de frecuencia. Los síntomas que ya no se mencionan se han curado completamente a medida que se avanza con el tratamiento homeopático. Es importante señalar que existieron dos eventos extraordinarios durante el tratamiento: las muertes de su padre y de un sobrino cercano.

A pesar de dichos eventos, los síntomas mentales no se exacerbaron ni se presentaron nuevos. En la exploración física se anotan sólo datos positivos.

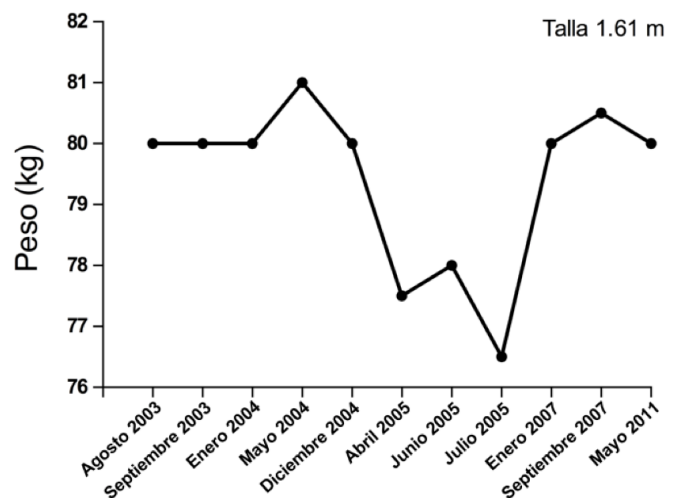


Figura 1. Variaciones en el peso (Kg).

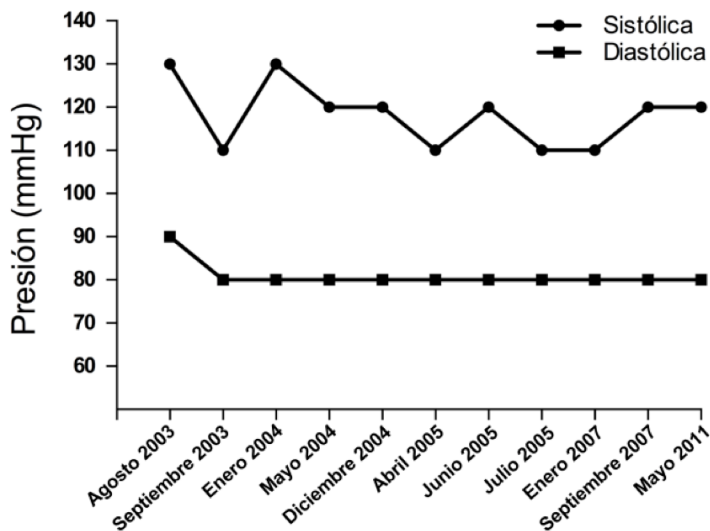


Figura 2. Comportamiento de la presión arterial (mmHg).

Primera consulta. Agosto de 2003. **Cuadro clínico:** llanto fácil, irritabilidad por bagatelas, humor variable, maliciosa. Sueño no reparador e irregular. Ciclos menstruales irregulares, oleadas de calor de los pies a la cabeza, pantorrillas edema. **Tratamiento:** Ignatia amara 200CH plus, 1 cucharadita por la mañana, diariamente, durante 4 semanas; Natrum muriaticum 30CH plus, 1 cucharadita por la mañana, diariamente, durante 4 semanas.

Segunda consulta. Septiembre de 2003. **Cuadro clínico:** tristeza, llanto fácil, apatía a las relaciones sexuales, sueño no reparador, insomnio. **Tratamiento:** Sepia officinalis 200CH plus, 1 cucharadita por la mañana, diariamente, durante 4 semanas.

Tercera consulta. Enero de 2004. **Cuadro clínico:** maliciosa, desilusionada, escrupulosa, sueño reparador, duerme tarde, mamas con hinchazón dolorosa. Muerte de su padre, en noviembre de 2003. **Tratamiento:** Arsenicum album 200CH plus, 1 cucharadita por la mañana, diariamente, durante 4 semanas.

Cuarta consulta. Mayo de 2004. **Cuadro clínico:** irritable por bagatelas que agrava con la contradicción; apetito aumentado, sed disminuida, pezones hinchazón con dolor. **Tratamiento:** Lycopodium clavatum 200CH plus, 1 cucharadita por la mañana, diariamente, durante 4 semanas.

Quinta consulta. Diciembre de 2004. **Cuadro clínico:** llanto fácil, tristeza, tos seca y productiva, agrava por la noche; mamas hipersensibles, agrava antes de la menstruación. **Tratamiento:** Pulsatilla nigricans 200CH plus, 1 cucharadita por la mañana, diariamente, durante 4 semanas.

Sexta consulta. Abril de 2005. **Cuadro clínico:** tranquila, alegre, hipersensible, abdomen, inflamación, pecho con dolor presivo y palpitaciones, síntomas que agravan en la noche, vagina con dolor ardoroso, sequedad, prurito agrava después de las relaciones sexuales. **Tratamiento:** China officinalis 30CH glóbulos, masticar 2 glóbulos, cada 4 horas, durante 7 días; posteriormente, masticar 2 glóbulos, cada 8 horas, durante 4 semanas.

Séptima consulta. Junio de 2005. **Cuadro clínico:** llanto fácil, trastornos por preocupación, dolor de cabeza presivo en parietales, apetito aumentado. **Tratamiento:** Calcarea carbonica 200CH plus, 1 cucharadita cada mañana, durante 4 semanas.

Octava consulta. Agosto de 2005. **Cuadro clínico:** miedo a ser agredida y a los suyos, hipersensible, agobiada. **Tratamiento:** Calcarea carbonica MC plus, 1 cucharadita por la mañana, diariamente, durante 4 semanas.

Novena consulta. Enero de 2007. **Cuadro clínico:** cansancio emocional, llanto fácil, irritable por bagatelas, apetito aumentado, región lumbar con dolor que agrava a la presión con su propio peso. **Tratamiento:** Phosphoricum acidum 200CH plus, 1 cucharadita por la mañana, diariamente, durante 4 semanas.

Décima consulta. Septiembre de 2007. **Cuadro clínico:** irritable por bagatelas, tristeza, ansiedad por su sobrepeso, aumento de peso (zonas afectadas: abdomen, cadera y muslos). **Tratamiento:** Graphites 30CH glóbulos, masticar 2 glóbulos cada 8 horas, diariamente, durante 4 semanas; Lycopodium clavatum 0/6LM plus, tomar 1 cucharadita por la mañana, diariamente, durante 4 semanas.

Onceava consulta. Mayo de 2011. **Cuadro clínico:** mal humor, huraña, transpiración pegajosa, halitosis mercurial, saburra blanca, náuseas, agrava al ver y oler los alimentos; abdomen inflamación. **Tratamiento:** Mercurius corrosivo 30CH gotas, tomar 2 gotas cada 8 horas, diariamente, durante 4 semanas.

Para la elección del medicamento homeopático se tomaron los síntomas mentales como prioridad, y debido a ello las potencias utilizadas en la mayoría de los remedios fueron altas. También se consideraron los síntomas generales y particulares. Entre una y otra consulta pasaron periodos de entre 4 y 12 semanas, o más. Al inicio de cada tratamiento los síntomas mejoraron, algunos desaparecieron completamente y la salud de la paciente se mantuvo estable hasta la siguiente consulta; así, sucesivamente, hasta darla de alta.

Se utilizaron medicamentos policrestos y semipolicrestos debido a que cubren completamente los síntomas, teniendo resultados clínicamente óptimos y cifras normales en los resultados de laboratorio.

La paciente llega con un tratamiento alopático establecido desde el año 2000; los medicamentos utilizados en ese momento son levotiroxina sódica de 100 mcg, una diaria por la mañana, y alprazolam de 1.0 mg, una diaria por la noche. Tuvo tratamiento para la hiperprolactinemia con bromocriptina (no recuerda la dosis) del año 2000 al 2001. Al momento que inicia el tratamiento con Homeopatía continúa tomando el tratamiento alopático, pero se logran disminuciones en dosis y frecuencia hasta suspenderlos completamente en la cuarta semana de tratamiento homeopático.

Al mismo tiempo, el comportamiento de la TSH y la prolactina se verifica con estudios de laboratorio. Los resultados se presentan gráficamente (figuras 3 y 4), y en ellos se demuestra que se alcanzan niveles normales; se incluye también el último estudio de TSH de control, 3 años y 9 meses después de haber terminado el tratamiento con Homeopatía. Se debe aclarar que durante ese periodo la paciente no siguió tratamiento hormonal alguno, ni homeopático.

Desglose de los valores de TSH sérica

Como se muestra en la figura 3, los dos primeros resultados del año 2000 se mantienen en el valor 0 (cero) a pesar del tratamiento alopático. Para agosto de 2003 se suspende completamente el medicamento convencional y la función tiroidea se regulariza, lo cual se corrobora con el estudio de laboratorio fechado el 12 de septiembre de 2003. Se mantiene un nivel de mejoría, y en 2007 se da de alta. La paciente regresa a consulta en mayo del 2011 por otros motivos; sin embargo, se solicita un estudio de TSH de control, comprobando que la cifra es normal.

Discusión

El hipertiroidismo repercute de manera sistémica en el climaterio, el metabolismo en general y el área psico-emotiva; en alopatía sólo se cuenta con un número limitado de fármacos y con el yodo radiactivo, pero este último produce hipotiroidismo permanente, por lo que la paciente de todos modos tendrá que recibir un tratamiento hormonal para toda la vida. El tratamiento con Homeopatía nos ofrece

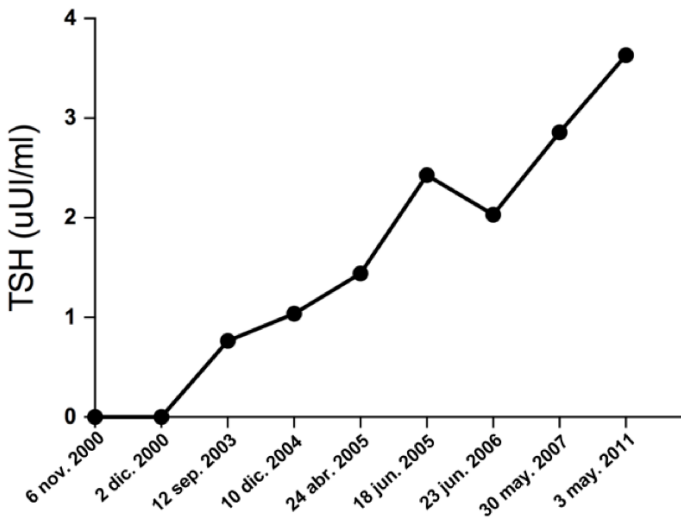


Figura 3. Cuantificación de la TSH (tirotropina), ref. 0.270-4.200.

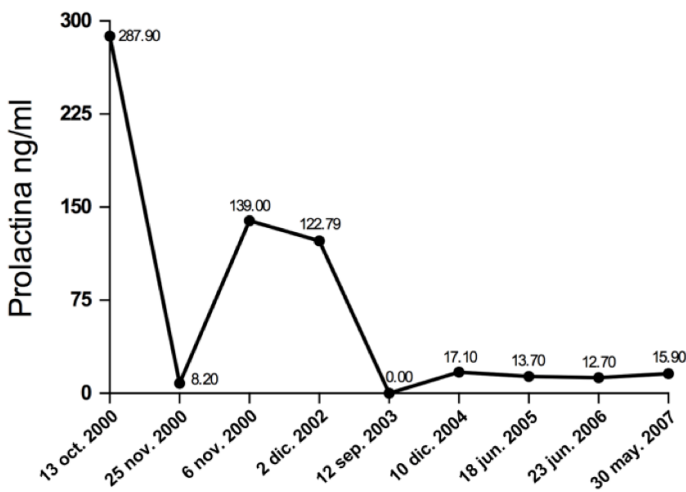


Figura 4. Cuantificación de la prolactina, ref. mujeres 0-24.2ng/ml.

una amplia gama de medicamentos que pueden lograr resultados positivos, a corto y largo plazo, con el beneficio de evitar enfermedades como la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular. Estas afecciones, frecuentes secuelas del climaterio, son problemas de salud pública que muchas veces se acompañan de un elevado costo familiar, social y de atención hospitalaria.

REFERENCIAS

1. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Williams, Ginecología, 2a ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2014.
2. Ahued JR, Fernández del Castillo C, Bailón Uriza R. Ginecología y Obstetricia Aplicadas, 2a ed. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2003.
3. Bajo Arenas JM, Xercavins Montosa J, Lailla Vicens JM. Fundamentos de Ginecología. España: Médica Panamericana; 1994.
4. Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR. Williams. Tratado de Endocrinología, 11a ed. España: El Sevier Sanders; 2009.
5. Salvador J. Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008; 54(2): 71-78.
6. Altagracia L. Características epidemiológicas de la enfermedad tiroidea en pacientes asistidos en hospital docente provincial, 1978-1996. 1999. Rev Med Dominicana; 60: 220-222.
7. Gardner D, Shoback D. Greenspan, Endocrinología Básica y Clínica, 9a ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2013.
8. Zárate A, Basurto L, Saucedo R, Hernández Valencia M. Enfermedad tiroidea: un tema de revisión constante por el ginecólogo, por su frecuencia en las mujeres. Ginecología y Obstetricia de México. Feb 2009; 77(2): 96-102.
9. Dorantes Cuéllar AY, Martínez Sibaja C, Ulloa Aguirre A. Endocrinología Clínica, 4a ed. Ciudad de México: Manual Moderno; 2012.
10. Klibanski A, Schlechte JA. Hiperprolactinemia. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 1 Ene 2010; 1(95): E1. doi: <https://doi.org/10.1210/jcem.95.1.9988>. Disponible en: <https://academic.oup.com/jcem/article-lookup/doi/10.1210/jcem.95.1.9988>.
11. Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR. Williams. *Op cit.*
12. Salvador J. *Op cit.*
13. Zárate A, Basurto L, Saucedo R, Hernández Valencia M. *Op cit.*
14. Dorantes Cuéllar AY, Martínez Sibaja C, Ulloa Aguirre A. *Op cit.*
15. Melgar V, Espinosa E, Sosa E, Rangel MJ, Cuenca D, Ramírez C, Mercado M. Diagnóstico y tratamiento actual de la hiperprolactinemia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016; 54 (1): 110-121. Pubmed PMID: 26820213. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26820213>.
16. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA, Wass JA; Endocrine Society. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. Feb 2011; 96(2): 273-288. doi: 10.1210/jc.2010-1692. Pubmed PMID: 21296991. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21296991>.
17. Fröhlich E, Wahl R. Mechanisms in Endocrinology: Impact of isolated TSH levels in and out of normal range on different tissues. Eur J Endocrinol. Feb 2016; 174(2): R29-41. doi: 10.1530/EJE-15-0713. doi: 10.1530/EJE-15-0713. Pubmed PMID: 26392471. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26392471>.
18. Mereshian P, Bergoglio L, Brenta G, Orlandi AM. Mesa 2: Hipertiroidismo Subclínico. Rev. argent. endocrinol. Metab. [Internet]. Dic 2009; 46(4): 25-31. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342009000400006.