

Tiroiditis autoinmune asociada a infecciones y trastornos digestivos

Dra. Ina Chammah (Braunschweig, Deutschland)

Caso clínico

Primera consulta

Evolución 2018

Evolución 2019

Estado actual

Conclusiones

Bibliografía

Introducción ◦ ◦ ◦

Hoy en día muchos de los médicos que abordan de forma integrativa y global los trastornos que sufren sus pacientes, tienden hacia un enfoque inmunológico. En este contexto, la experiencia demuestra que los diagnósticos diferenciales apuntan casi siempre a la presencia de una respuesta inmunitaria no adaptada a ciertos patógenos, que permite que estos persistan y se reactiven en el organismo, ocasionando cuadros crónicos diversos, prolongados y a menudo recurrentes en forma de brotes. Al mismo tiempo, la inmensa mayoría de los pacientes experimentan unos trastornos digestivos acusados y limitantes, así como deficiencias importantes de micronutrientes.

Después de trabajar durante diez años sobre todo con homeopatía, me orienté hace 12 años hacia la medicina ortomolecular y tratamientos enfocados a corregir la disbiosis. Dos años después también integré la microimmunoterapia en mi estrategia terapéutica. La combinación sinérgica de estos métodos de tratamiento se tradujo para mis pacientes en unas mejorías rápidas y duraderas de los síntomas a múltiples niveles. Los efectos fueron tan significativos y duraderos que recibí muchos pacientes nuevos a la consulta. Y sobre todo, ya no observo desde hace años la típica sobrecarga por síntomas de gripe en los meses de invierno. Me centro cada vez más en el tratamiento de enfermedades crónicas o de larga duración.

La microimmunoterapia me permite tratar de forma óptima a pacientes con síndrome de *burnout*, depresiones, estados inespecíficos de debilidad o tratamiento del dolor persistente después de realizar un diagnóstico inmunológico.

Un área de tratamiento particularmente frecuente es la enfermedad tiroidea autoinmune. Muchas veces no solo se altera el equilibrio hormonal de la glándula tiroidea, sino todo el eje neuro-inmuno-endocrino. El tratamiento de la carga viral subyacente y de la disbiosis casi siempre suponen tiene un efecto muy positivo para el sistema en general. Después, los pacientes refieren encontrarse tan sanos y activos como en años anteriores.

Me gustaría presentar aquí un caso clínico, a modo de ejemplo, de una paciente de 41 años con tiroiditis de Hashimoto muy pronunciada y fases depresivas recurrentes que acudió a mi consulta en noviembre del año 2017.

Caso clínico



Paciente 41 años



Mujer



Desde los 20 años sufre arritmias y mareos en situaciones de estrés o cuando tiene problemas en su relación de pareja.



Tiroiditis de Hashimoto muy pronunciada y fases depresivas recurrentes.

Anamnesis (noviembre de 2017)

La paciente fue diagnosticada de tiroiditis autoinmune de tipo Hashimoto en el año 2014.

Desde los 20 años sufre arritmias y mareos en situaciones de estrés o cuando tiene problemas en su relación de pareja. El cardiólogo consideró que las arritmias descritas por la paciente eran de origen psicógeno y no suponían un riesgo cardíaco. En dos ocasiones tuvo que ingresar en una clínica especializada en medicina psicosomática por episodios depresivos desencadenados por problemas en su relación de pareja. En noviembre 2017, la paciente está en tratamiento psicoterapéutico. Está soltera y no se siente capaz de mantener una relación por el momento.

Por otra parte, la paciente lleva muchos años sufriendo trastornos digestivos con flatulencias y dolor abdominal prácticamente después de cada comida. La frecuencia de las deposiciones es de 2 a 3 al día, con heces formadas o pastosas.

En el momento de la anamnesis también padece infecciones frecuentes en intervalos de 6 semanas, que a menudo evolucionan a sinusitis y se prolongan durante más de 4 semanas. No recuerda haber padecido mononucleosis en la juventud.

La paciente se había informado de que en mi consulta se realizan pruebas para detectar patógenos persistentes y desea que se le realicen pruebas, en particular, de toxoplasmosis. Le consta que algunos pacientes se encuentran más estables psicológicamente tras el tratamiento de esta infección¹. Cabe destacar que existen numerosos hallazgos sobre la relación entre la toxoplasmosis persistente y las depresiones^{2,3} y también hay algunos indicios que apuntan a que tras una terapia eficaz, la depresión puede remitir sin necesidad de otros tratamientos¹. En este sentido, resulta conveniente comprobar la serología de *Toxoplasma gondii*.

El presente caso clínico también incluye las siguientes manifestaciones típicas: episodios depresivos, trastornos digestivos, susceptibilidad a las infecciones y tiroiditis autoinmune. Observo muy a menudo este cuadro en personas con una persistencia del virus del Epstein-Barr (VEB) con fases de reactivación. Sobre todo, las infecciones cada 6 semanas es un indicio de esta carga viral. En la actualidad existen estudios sólidos que respaldan la relación entre la infección persistente por el VEB y las tiroiditis autoinmunes⁴.

En esta tipología de casos, los pasos diagnósticos y terapéuticos descritos en la tabla 1 han dado buenos resultados en mi consulta.

Tabla 1: Procedimiento diagnóstico y terapéutico de la tiroiditis autoinmune

Diagnóstico	
1.	Análisis de heces: <ol style="list-style-type: none"> Restos digestivos: grasas, azúcares, proteínas y agua, jugo pancreático, sIgA Microbiota: bifidobacterias, enterococos, <i>E. coli</i>, lactobacilos, <i>Akkermansia muciniphila</i> y patógenos (clostridias, <i>Haemophilus</i> y otros patógenos)
2.	Análisis de los niveles de minerales en sangre total
3.	Análisis de los niveles de vitaminas (especialmente de vitamina D3 y vitamina C)
4.	Tipaje linfocitario para evaluar el estado inmunitario y serología para la identificación de microorganismos persistentes
5.	Pruebas de intolerancia alimentaria (IgG)
Tratamiento	
1.	Tratar la disbiosis según resultados y evitar alimentos incompatibles durante 6-12 meses
2.	Suplementación de carencias de minerales y vitaminas
3.	Tratamiento con microimmunoterapia adaptado a los resultados del tipaje linfocitario y a la serología

Diagnóstico (noviembre de 2017)

Análisis de heces

- ▶ Las bifidobacterias están reducidas, por tanto, faltan estímulos antiinflamatorios a nivel de la mucosa intestinal.
- ▶ El recuento total de bacterias productoras de butirato está notablemente reducido. Estas son importantes para el suministro de energía de las células y para enviar estímulos antiinflamatorios. El género *Coprococcus*, como bacterias protectoras de la mucosa y antiinflamatorias, también se encuentra reducido.
- ▶ También hay una proliferación de *E. coli*, que seguramente se debe a una inmunidad insuficiente de mucosas debido a la deficiencia de enterococos y lactobacilos.
- ▶ *Haemophilus* como patógeno, se detecta en cantidades excesivas.
- ▶ En cambio, *Akkermansia muciniphila* y *Faecalibacterium prausnitzii* son deficientes, lo que ha provocado una menor formación de la película protectora de la mucosa.

La alfa-1-antitripsina posee un valor de 80 mg/dL, tres veces superior al normal, lo cual es indicativo de una alteración de la barrera intestinal.

La inmunoglobulina A secretora (sIgA) está significativamente reducida. Este dato confirma la inmunidad insuficiente a nivel de mucosas.

[Pruebas de intolerancia alimentaria \(IgG\)](#)

Las pruebas serológicas de IgG revelan una serie de intolerancias a ciertos alimentos, incluidos los lácteos, los productos con huevo de gallina y los cereales con gluten. Se deberán evitar estos alimentos durante unos meses. En el caso de la tiroiditis de Hashimoto, recomiendo eliminar el gluten definitivamente de la dieta, ya que su reintroducción conduce la mayoría de las veces a una activación del proceso autoinmune⁵.

[Análisis de micronutrientes](#)

En el análisis de los niveles de minerales se halla una deficiencia grave de calcio, potasio y magnesio. Las deficiencias de zinc y selenio también se detectan a menudo en este cuadro clínico. Sin embargo, debido a una suplementación ya realizada con anterioridad, la cantidad de estos dos minerales se encuentra en el rango de normalidad en esta paciente.

La vitamina D3 (25-hidroxivitamina D3) está, sin suplementación, a 48 nmol/L, en un rango subóptimo y la vitamina C está muy reducida.

[Niveles tiroideos](#)

La paciente aportó los resultados de los valores tiroideos de los últimos años. Los anticuerpos anti-TPO han permanecido muy por encima de 1000 U/ml durante años. La TSH se encuentra en los datos aportados por encima de 2 mUI/L a pesar de la suplementación diaria con 125 µg de L-tirosina. La T3 libre es casi siempre normal-baja y la T4 libre se encuentra en el tercio medio del rango normal. Estos resultados indican que el funcionamiento tiroideo no está bien controlado a pesar de la suplementación diaria con 125 µg de L-tirosina. Idealmente la TSH debe estar entre 0,8 y 1,2 mUI/L¹ y la T3 libre debe estar en el punto medio del rango normal.

***Nota:** Los valores de referencia de la TSH oscilan entre 0,30 y 4,80 mUI/L, pueden variar según la técnica utilizada por el laboratorio de análisis y las recomendaciones pueden ser diferentes en cada país. Hoy en día no existe aún un valor de referencia estandarizado a nivel mundial. En Alemania muchos profesionales consideran un rango objetivo entre 0,5-2,5mUI/L.*

[Tratamiento \(noviembre de 2017\)](#)

[Corrección de la disbiosis intestinal](#)

Inicio medidas para la corrección de la disbiosis intestinal durante 2 meses con Symbioflor 1 (20 gotas, 3 veces al día) y fibra de acacia (1 cucharadita 2 veces al día). Symbioflor 1 está formulado para restablecer la competencia inmunitaria de la mucosa mediante estímulo de los enterococos. La fibra de acacia produce mucílagos y el asentamiento de los productores de butirato, que nutren y protegen las células de la mucosa.

Después, recomiendo a la paciente un preparado a base de diversas bifidobacterias y lactobacilos, que por un lado aumentan la inmunocompetencia de la mucosa y por otro, poseen un efecto antiinflamatorio. Además, refuerzan la función de barrera de la mucosa intestinal.

Suplementación de vitaminas y minerales

La vitamina D3 se sustituye con 20.000 UI diarias durante 2 semanas y luego se administra 1 vez por semana hasta alcanzar una concentración sérica de 100 nmol/L. Los minerales calcio, potasio y magnesio [Kalinor 1 vez al día, Calcioform® 300 Alge D3/K2 3 veces al día, Magnesioform® 150 básico-orgánico 2 veces al día] se administran de forma prolongada. La vitamina C se administra en una dosis de 1000 mg 3 veces [Nature's Plus Vitamin C 1000mg].

Evolución (enero de 2018)

Después de dos meses, la paciente refiere no haber tenido ninguna infección durante las Navidades ni el Año Nuevo, lo cual es algo excepcional en su caso. Los trastornos intestinales han desaparecido y se encuentra estable psicológicamente. Esta mejora puede atribuirse a la restauración de la microbiota intestinal y a la suplementación con vitaminas y minerales.

No obstante, la experiencia demuestra que la influencia de estas terapias sobre la autoinmunidad y el sistema psico-neuro-inmunológico sigue siendo escasa a largo plazo si no se trata la persistencia de patógenos como el VEB durante esta fase.

Diagnóstico (febrero de 2018)

En este momento se realiza el tipaje linfocitario y la serología del VEB y de *Toxoplasma gondii*.

Tipaje Linfocitario ○ ○ ○

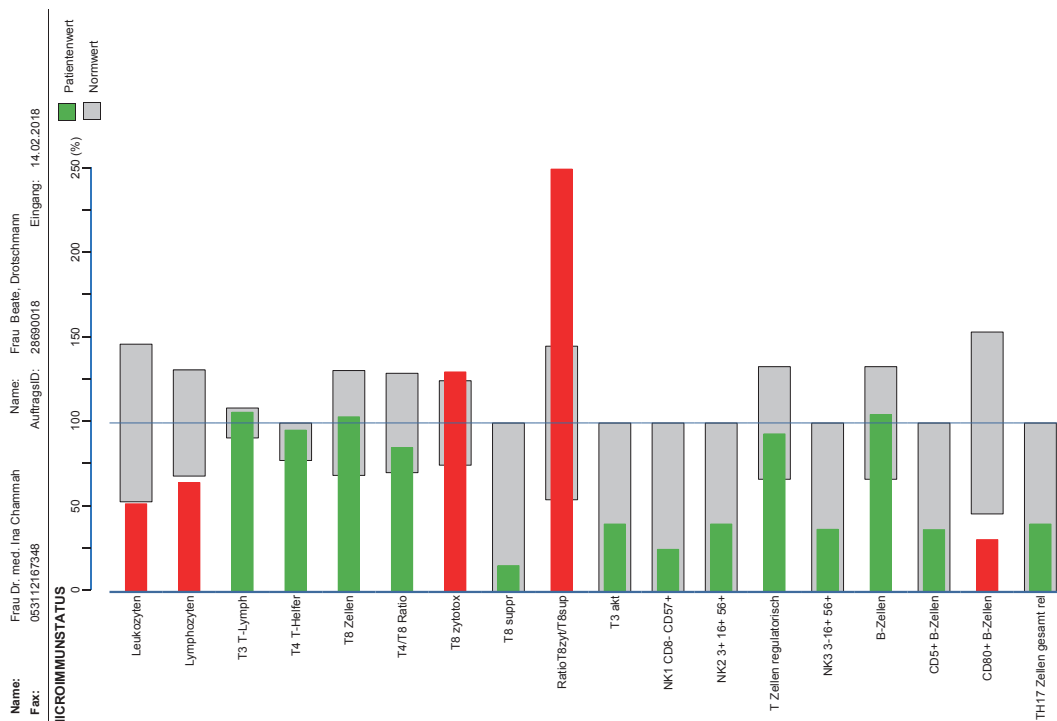


Fig. 1: Tipaje linfocitario (febrero de 2018)ⁱⁱ

ⁱⁱ**Nota:** Los parámetros inmunitarios evaluados de forma estandarizada u opcional en el tipaje pueden variar de un país a otro, dependiendo del laboratorio y la experiencia y hábitos de trabajo de los profesionales sanitarios. Encontrará más información sobre el tipaje linfocitario en el documento siguiente, y en el [Libro Métodos de Diagnóstico en Medicina Integrativa](#).

El tipaje linfocitario muestra leucocitopenia, linfocitopenia y, por tanto, una falta de adaptación general. Los linfocitos B CD80+ bajos indican un bajo reconocimiento antigénico. En la mayoría de los casos estas células se recuperan en la evolución posterior mediante la administración de fórmulas de microinmunoterapia adecuadas y el preparado Symbioflor 1. El ligero aumento de los linfocitos T8 citotóxicos indica una carga viral. La imagen en “catedral” (linfocitos T8 citotóxicos, linfocitos T8 senescentes y su relación) es favorable para la evolución posterior.

Serología

La serología del VEB muestra una situación típica de reactivación incipiente con IgG anti-VCA VEB, IgG anti-EA VEB e IgG anti-EBNA VEB positivos.

IgG1 anti-VCA VEB (IFT):	1: 2560	[< 1:80]
IgM anti-VCA VEB (IFT):	1: 10	[<1:10]
IgG anti-EA VEB (IFT):	1: 80	[< 1:20]
IgG1 anti-EBNA VEB (IFT):	1: 80	[< 1:20]

La serología de *Toxoplasma gondii* muestra una infección pasada. Las IgG se encuentran en un nivel relativamente alto.

IgG para toxoplasmosis	74,2	UI/mL < 7,2	< 7,2 UI/mL – negativo 7,2 - 8,8 UI/mL – en el límite > 8,8 UI/mL – positivo
IgM para toxoplasmosis	3,3	UA/mL < 6	

Tratamiento (febrero de 2018)

Además de la terapia enfocada a corregir la disbiosis, que se sigue hasta completarla, se prescriben las siguientes fórmulas de microinmunoterapia durante 4 meses:

- ▶ **Fórmula EID** (1 cápsula/día)
- ▶ **Fórmula EBV** (1 cápsula/día)

Asimismo, la paciente recibe el nosode de sangre propia XMK (1 glóbulo/día) y la fórmula HLA-SMM (1 cápsula/día durante 4 meses y luego 1 cápsula/semana).

Evolución (junio de 2018)

La paciente se encuentra francamente bien. No ha tenido más infecciones. Ya no padece molestias abdominales. Sigue con la dieta que excluye los alimentos a los que tiene intolerancia. Los anticuerpos anti-TPO han bajado a 677 U/mL. Se encuentra motivada y no ha tenido ningún signo de depresión en los últimos meses.

Diagnóstico (junio de 2018)

La vitamina D3 está en el punto medio del rango normal de 125 nmol/L. Las deficiencias de calcio, magnesio y potasio están cerca del el rango normal.

La muestra de heces tomada demuestra que el trastorno de barrera intestinal se ha regulado.

La IgA también se ha normalizado. Esto indica una inmunidad intacta en mucosas.

Tratamiento (junio de 2018)

Los alimentos no tolerados se pueden ir reintroduciendo en la dieta de forma gradual, ya que la función de barrera del intestino vuelve a estar intacta y la inmunidad en mucosas se ha restablecido.

A partir de junio, la administración de ambas **fórmulas de microimmunoterapia EID y EBV** se reduce a 1 cápsula/día durante 10 días al mes. Los últimos 10 días del mes se añade la **fórmula de microimmunoterapia TOXO** (1 cápsula/día) durante un periodo de 6 meses. El resto del tratamiento mantiene sin cambios.

La suplementación de la vitamina D se reduce a la mitad durante el verano. Los minerales se siguen administrando con la misma dosis hasta que se estabilicen en el punto medio del rango normal. Después, la administración de cada uno se reducirá a la mitad.

Evolución (octubre de 2018)

La paciente se encuentra bien y sigue sin tener infecciones. Los trastornos digestivos han remitido y vuelve a comer de todo. Sin embargo, la paciente no desea eliminar el gluten de la dieta de forma definitiva, ya que tiene la impresión de que no le perjudica. Se ha enamorado y tiene planeado formar una familia. Hasta la fecha, la paciente mantiene una relación buena y satisfactoria con su nueva pareja.

Tratamiento (octubre de 2018)

Se suspende la toma de las **fórmulas de microimmunoterapia EBV y EID**. Le recomiendo que, si aparece una infección, vuelva a tomar las fórmulas con la dosis siguiente: EID (2 cápsulas/día, en tomas separadas) y EBV (1 cápsula/día). Se mantienen el resto de tratamientos sin cambios.

La suplementación con minerales se ajusta regularmente en función de los resultados analíticos.

Evolución (marzo de 2019)

La paciente se encuentra bien. Acude para el control del estado inmunitario y de la carga viral del VEB y *Toxoplasma gondii*.

Diagnóstico (marzo de 2019)

Se realiza un tipaje linfocitario y una serología después de 1 año de tratamiento con microimmunoterapia

Tipaje Linfocitario ○ ○ ○

En el tipaje linfocitario se observa un sistema inmunitario adaptado. Hay un aumento de linfocitos B CD80+, lo que sugiere una mejora en el reconocimiento antigénico.

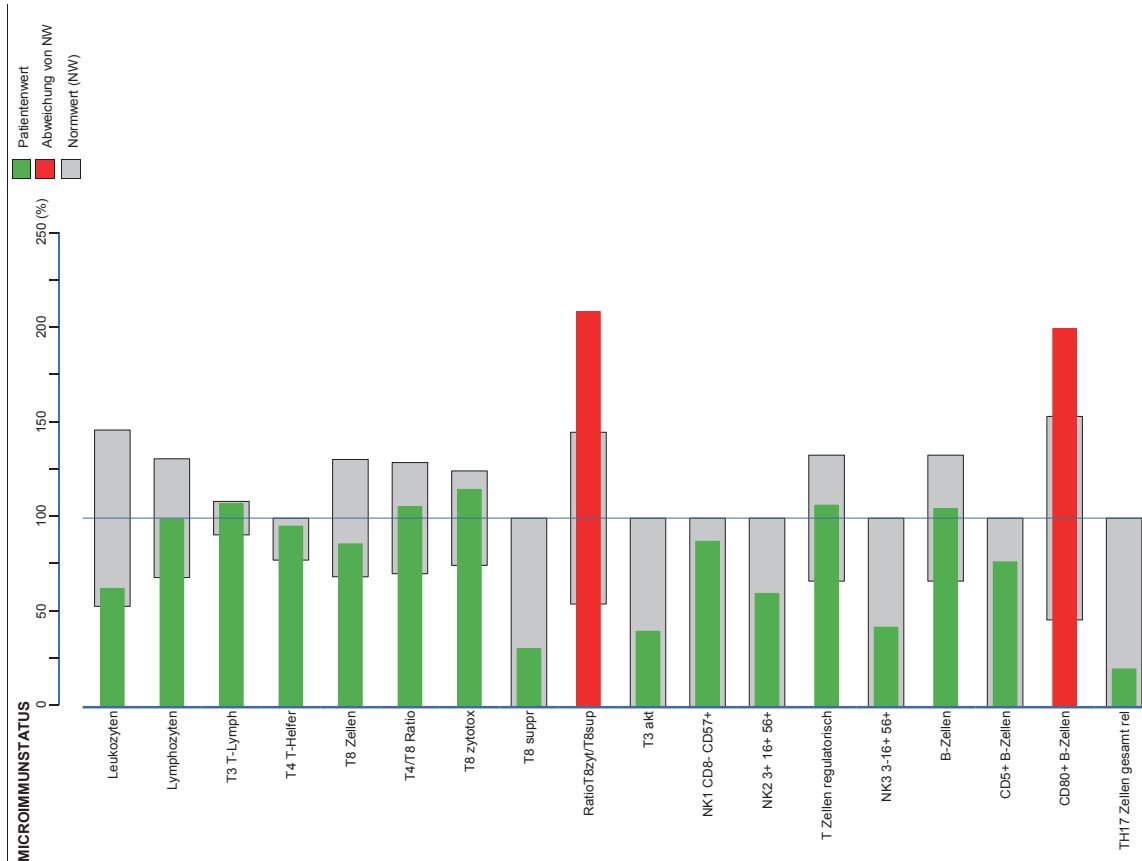


Fig. 2: Tipaje linfocitario (marzo de 2019)

Serología

La serología muestra ahora niveles más altos de IgG1 anti-EBNA VEB, que son importantes para el control del virus. Los niveles de IgG anti-EA VEB están dentro del intervalo normal. Estos dos cambios indican que la paciente muestra un mejor control de la infección por el VEB.

IgG1 anti-VCA VEB (IFT):	1: 2560	[< 1:80]
IgM anti-VCA VEB (IFT):	1: 10	[<1:10]
IgG anti-EA VEB (IFT):	< 1:20	[< 1:20]
IgG1 anti-EBNA VEB (IFT):	1: 160	[< 1:20]

La serología para la toxoplasmosis también muestra una marcada disminución de los títulos de anticuerpos:

IgG para toxoplasmosis	23,5 UI/mL < 7,2	< 7,2 UI/mL – negativo 7,2 - 8,8 UI/mL – en el límite > 8,8 UI/mL – positivo
IgM para toxoplasmosis	0,8 AU/m	[< 6 UA/mL]

Niveles tiroideos

Se observa un buen funcionamiento de la glándula tiroidea con la dosis reducida de 100 µg/d de L-tirosina. La TSH se encuentra en 1,04 mUI/L. La T3 libre está en el punto medio del rango normal. Esto demuestra que el sistema hormonal está equilibrado y que la conversión de T4 libre en T3 libre está funcionando correctamente. Los anticuerpos anti-TPO continúan, por desgracia, a un nivel elevado de 500 UI/mL.*

A menudo he observado en mi consulta que los valores suelen bajar hasta la mitad a largo plazo con terapia con micronutrientes, corrección de la disbiosis y microimmunoterapia. Sin embargo, no se observa un descenso completo de los valores si los pacientes siguen consumiendo gluten con regularidad. La relación entre los anticuerpos anti-TPO elevados y la ingesta de gluten se ha descrito en varias publicaciones científicas⁷. Según mi propia experiencia, los valores de los anticuerpos anti-TPO descienden muy a menudo hasta el rango normal si se evita el gluten en lo posible.

**Observación: los anticuerpos anti-TPO fueron determinados en febrero de 2019 por el laboratorio con el que trabajo habitualmente. Por su parte, los niveles de años anteriores, así como los de marzo de 2019, se midieron en una consulta de medicina nuclear. En mi laboratorio tenía un valor de solo 52 UI/mL, lo que al principio consideré un éxito. Sin embargo, desde entonces he constatado que mi laboratorio solo mide una pequeña selección de la gran fracción de anticuerpos anti-TPO existente. El laboratorio de medicina nuclear dispone de una serie de pruebas que utiliza para determinar una fracción mucho mayor de anticuerpos anti-TPO. Me gustaría señalar estos aspectos, estimados lectores, para que no caigan en este mismo error de interpretación sistemática errónea. Durante años he interpretado incorrectamente algunas evoluciones clínicas por ello. Por lo tanto, recomiendo que cuando inicien los tratamientos “calibren” sus propios valores de laboratorio con los de los especialistas en medicina nuclear.*

Estado actual

La terapia con las **fórmulas de microimmunoterapia EBV, EID y TOXO** concluyó en el otoño-invierno de 2018. Recomiendo el tratamiento con los nosodes 1 vez por semana a partir de marzo de 2019. La paciente desea tomar menos micronutrientes y volver a consumir gluten. Presenta un buen estado general, muestra mucha más energía y una actitud positiva con respecto al futuro.

En la clínica ocurre con mucha frecuencia que los pacientes, después de una clara mejoría de sus molestias, no deseen al principio ninguna restricción en la dieta, sobre todo si no notan ningún empeoramiento de los trastornos, lo cual se debe respetar. En mi propia experiencia, cuando los pacientes presentan recaídas y/o los niveles de anticuerpos se mantienen elevados durante mucho tiempo, suele producirse un cambio de actitud aceptando finalmente cambios permanentes en la dieta.

Conclusiones

La microimmunoterapia constituye un pilar esencial en mi práctica clínica diaria para tratar a los pacientes con tiroiditis autoinmune. Este enfoque terapéutico es capaz de optimizar la eficacia del sistema inmunitario y reducir la carga viral de forma sostenida. Los mecanismos de escape de los virus pueden interrumpirse con ayuda de las fórmulas de microimmunoterapia, lo que en última instancia da lugar a una reducción significativa de los episodios autoinmunes.

La microimmunoterapia despliega efectos sinérgicos con la corrección de la disbiosis así como con la medicina ortomolecular, con lo que se optimiza la capacidad reguladora del organismo y se allana el camino para una recuperación permanente.

Bibliografía

1. Lauff S. Beeinflusst Toxoplasma gondii die Psyche? SWR Wissen, 20.04.2017.
2. Nasirpour S, Kheirandish F, Fallahi S. Depression and Toxoplasma gondii infection: assess the possible relationship through a seromolecular case-control study. Arch Microbiol. 2020;202(10):2689-2695.
3. Kamal AM, Kamal AM, Abd El-Fatah AS, Rizk MM, Hassan EE. Latent Toxoplasmosis is Associated with Depression and Suicidal Behavior. Arch Suicide Res. 2020:1-12.
4. Janegova A, Janega P, Rychly B, Kuracinova K, Babal P. The role of Epstein-Barr virus infection in the development of autoimmune thyroid diseases. Endokrynol Pol. 2015;66(2):132-6.
5. Krysiak R, Szkróbka W, Okopień B. The Effect of Gluten-Free Diet on Thyroid Autoimmunity in Drug-Naïve Women with Hashimoto's Thyroiditis: A Pilot Study. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2019;127(7):417-422.