



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 264/168 - DOCTORA, ESTOY MUY CANSADA

P. Labrac Aranda<sup>a</sup>, M. García Martín<sup>a</sup>, F. Garrido Martínez<sup>b</sup> y M. Hipólito Egea<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 51 años de edad, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo I, dislipemia y bocio multinodular no tóxico, que acude a consulta porque en la última visita para revisión por su oncólogo (en remisión de tumor GIST), detectaron en la analítica de rutina unos niveles de colesterol, LDH, triglicéridos, GOT y GPT bastante elevados. Su oncólogo recomienda un cambio en los hábitos de alimentación. La paciente acude a consulta preocupada. Refiere que encontrarse muy cansada; no tiene energía para llevar a cabo las actividades de su día a día y mucho menos para continuar con el nivel de ejercicio físico que realizaba previamente. Explica que antes iba al gimnasio casi a diario. Además, se encuentra hinchada, amanece con bolsas en los ojos y ha ganado mucho peso. Tiene el pelo y la piel más secos que nunca. Ha notado un ánimo deprimido, se encuentra sin ganas de hacer nada y tiene tendencia al llanto y cambios de humor bruscos. Por si fuera poco, presenta disfonía desde hace varias semanas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analíticas sanguíneas. Primera analítica (aquella que la lleva a consultarnos): colesterol total 446 mg/dL, LDL 283,8 mg/dL, HDL 101 mg/dL, triglicéridos 306 mg/dL, LDH 658 U/L, GOT- ASAT, GPT-ALAT 164. Segunda analítica (aquella que solicitamos tras la primera visita): TSH > 100, T4L 0,2, Anti TPO 32,2. En nuestra paciente nos llamó la atención el bocio palpable a nivel cervical anterior. No se palpaban adenopatías laterocervicales, submandibulares ni supraclaviculares. La auscultación cardiopulmonar no presentaba alteraciones.

**Juicio clínico:** Hipotiroidismo autoinmune (Hashimoto).

**Diagnóstico diferencial:** Procesos hematológicos. Síndrome paraneoplásico. Patología hepática que esté motivando los “edemas” que presenta la paciente. Síndrome nefrótico o IR derivada de la diabetes mellitus. Distinción entre las formas primarias y secundarias-terciarias. Los datos clínicos ofrecen escasa ayuda al respecto, con excepción de la hipercolesterolemia, que se da sólo en las formas primarias, además de la menor tendencia a infiltración mucoide en las formas secundarias y terciarias. RAM por fármacos: Inhibidores de la síntesis y/o secreción de hormonas tiroideas, fármacos que disminuyen la absorción de tiroxina, inhibidores de la TSH como la dopamina, productores de tiroiditis (por destrucción de la glándula)

**Comentario final:** Los trastornos de la función y estructura tiroidea y más concretamente el hipotiroidismo, son patologías que debemos saber diagnosticar y tratar desde Atención Primaria, ya que raras veces requerirán derivación a otros especialistas, además de ser muy prevalentes en nuestro ámbito.

### Bibliografía

1. Lucas Martín AM, Puig Domingo M, Reverter Calatayud JL. Enfermedades de la glándula tiroides. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Ross DS. Diagnosis of and screening for hypothyroidism in nonpregnant adults. UpToDate, 2014.
3. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención Primaria: principios, organización y métodos en medicina de familia, 7<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier; 2014.