



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

387/138 - ODINOFAGIA ATÍPICA

V. Pérez Villacorta¹, A. Altadill Bermejo², J. Villar Ramos³, L. Moreno Suárez⁴, M. Giménez Gil², D. Simarro Díaz⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años acude por febrícula desde hace 2-3 semanas que ha ido en aumento hasta llegar a 38 °C los dos últimos días. Desde hace 1 semana nota un bulto y dolor de traquea a nivel inferior, disfagia, odinofagia y estreñimiento con pérdida de 2 kg de peso (No cuantificada). La fiebre no cede a pesar de ibuprofeno cada 8 horas. En verano refiere un episodio de 7 días de duración de afonía y malestar general (No se acuerda bien del episodio). No refiere sequedad de piel ni cambios en el estado de ánimo. No disnea, tos, expectoración ni olor torácico. No síndrome miccional. No otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: T: 37,5 °C. TAS: 120. TAD: 80. FC 83. General: pálida y sudorosa. Consciente y orientada. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica. Otoscopia bilateral: Normal. Cuello: eritema a nivel del tiroides. Dolor a la palpación del tiroides. No se palpan adenopatías. Faringe normal, no edema de úvula, no eritematosa y sin placas. AC: rítmica sin soplos. AP: MVC en ambos campos pulmonares, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. Extremidades inferiores: No edemas, no signos de TVP. Analítica: Bioquímica y hemostasia normales. PCR 14,4 mg/dl Hematimetría: leucocitos $17,3 \times 10^3$, neutrófilos (%) 84,9%, hemoglobina 11,8 g/dL, resto normal. Hormonas tiroideas TSH 0,01 mU/l, T4 libre: 4,40 ng/dl y T3 libre 11,31 pg/ml. Anticuerpos antiperoxidasa, antitiroglobulina y TSI negativos. Rx cervical y tórax normales. Ecografía cuello: glándula tiroides con moderada alteración en la ecogenicidad y aumento del tamaño, principalmente en LTI e istmo adyacente, con leve aumento de vascularización periférica, hallazgos sugestivos de cambios inflamatorios agudos o subagudos.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda de Quervain.

Diagnóstico diferencial: Tiroiditis subaguda, Tiroiditis infecciosa, transformación hemorrágica de un nódulo tiroideo Faringoamigdalitis, Divertículo de Zenker, anillo de Schatzki.

Comentario final: Este caso clínico refleja la importancia de la anamnesis y la exploración para llegar al diagnóstico final. En un principio por la clínica (odinofagia) podríamos pensar en una faringoamigdalitis pero insistiendo en la anamnesis llegamos a que hace meses padeció un episodio de infección probablemente viral, estreñimiento y pérdida de peso, datos clínicos claves para el diagnóstico de Tiroiditis de Quervain. El dolor puede irradiarse a mandíbula, orejas, tórax y puede asociar fiebre y mialgias. El diagnóstico es fundamentalmente clínico junto con una elevación importante de la VSG y la PCR. El tratamiento será sintomático con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o ácido acetilsalicílico (AAS, 3-4 g/día). Si es

severo o existe mala respuesta se añadirá prednisona 40 mg/24h.

Bibliografía

Álvarez de Miguel F, Partida Muñoz M. Enfermedades del tiroides, tiroiditis. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7^a ed. Madrid 2012. p. 963-81.