



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2421 - Astenia en paciente anémica

Y. Martínez Fernández^a, M. del Campo Giménez^b, M. Azorín Ras^c y C. García Culebras^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 23 años que acude por astenia, pérdida de peso y taquicardias ocasionales desde hace 2-3 meses. La paciente refiere cansancio desde que tuvo a su hijo, actualmente de un año y medio. Refiere que, en ocasiones, ha tenido episodios anémicos. No cuenta fiebre ni otra sintomatología acompañante. G1A0V1. En sus antecedentes familiares, refiere que su padre y abuelo paterno eran hipertiroides.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente se encuentra consciente y orientada, normohidratada, normocoloreada, normoperfundida. Afebril, eupneica en reposo, sin focalidad neurológica. En la consulta, la paciente pesa 48,5 Kg. En la auscultación cardíaca auscultamos tonos fuertes y rítmicos, sin escucha de soplos ni roce pericárdico; y en la auscultación pulmonar, conserva el murmullo vesicular y no hay ruidos patológicos sobreañadidos. El abdomen es blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, con ruidos hidroaéreos positivos. A la hora de la exploración del cuello detectamos aumento del tamaño del tiroides a la palpación, sin ser visible incluso con el cuello en extensión. Bioquímica: glucosa 82 mg/dl; colesterol 120 mg/dl (LDL 46; HDL 64); triglicéridos 50; TSH 0,01 microU/mL; T4 4,1 ng/dL; hierro 91 µg/dl; transferrina 222 mg/dl; ferritina 51 ng/mL; SatFe 33%; Hb 12,1 g/dL. TSI (AutoAc a receptores TSH) = 9,13 (1,75). Ecografía tiroidea: glándula tiroides discretamente aumentada de tamaño dentro de límites normales: LTD de ejes AP × S = 1,8 × 5,6 cm. -LTI de ejes AP × S = 1,8 × 5,6 cm. El parénquima glandular presenta una ecoestructura difusamente alterada, heterogénea, con múltiples imágenes micronodulares hipoecogénicas, sin individualizarse formaciones nodulares dominantes definidas. Aumento difuso del flujo Doppler color intraglandular. Pequeñas estructuras ganglionares peritiroideas (paratraqueales bilaterales y ventrales al istmo tiroideo(ganglios delfianos)). La conclusión de la prueba es de hallazgos ecográficos compatibles con tiroiditis linfocitaria autoinmune. TIRADS 2.

Juicio clínico: Enfermedad de Graves Basedow (EGB).

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Graves-Basedow. Bocio multinodular tóxico. Adenoma tóxico. Enfermedad trofoblástica (mola hidatidiforme y coriocarcinoma) e hiperemesis gravídica. Tiroiditis postparto. Hipertiroidismo secundario a ingesta de amiodarona/yodo.

Comentario final: Tras todas las pruebas realizadas a la paciente en la consulta de Atención Primaria, se concluyó que el hipertiroidismo era secundario a una EGB, por lo que se decidió derivar a la paciente al servicio de Endocrinología, donde fue evaluada y tratada con Tirodril 1 comp/8h durante 20 días y después

1/12h hasta nueva revisión con aportación de analítica previa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez García JL. Diagnóstico, tratamiento médico (DTM). 2011. Marbán.
2. Fistera.com: Atención Primaria en la red.
3. Harrison, Principios de Medicina Interna, 18ª edición.
4. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía de diagnóstico y protocolos de actuación, 4ª edición, Elsevier.