



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

160/2231 - Doctor, ¿Tendré algo de tiroides?

I. Sauco Colón^a, M. Ramírez Temblador^b y C. Bitaubé Mata^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz. ^bMédico de Emergencias. Hospital del Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz. Médico de Familia. Centro de Salud de Ubrique. Cádiz. ^cMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital del Sistema Andaluz de Salud. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años acude a consulta de su médico de Atención Primaria por cuadro de fatiga, astenia, palpitaciones de 8 meses de evolución. Había acudido en otras ocasiones por el mismo motivo, sin haberse realizado abordaje diagnóstico/terapéutico. Ante la persistencia del cuadro, se solicita analítica de rutina con hemograma, metabolismo del hierro, perfil hepático, renal, tiroideo, metabolismo del calcio/fósforo y sistemático de orina. Antecedentes personales a destacar: Hipertensión tratada con IECA. No hábitos tóxicos. No alergias medicamentosas. Antecedentes familiares: madre diagnosticada de hipertiroidismo primario. Hermano y hermana intervenidos de tiroidectomía por adenoma tóxico.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Normotensa. Exploración neurológica normal. Palpación cervical dos nódulos tiroideos de aproximadamente 1 cm de diámetro dolorosos. ACP: tonos rítmicos, taquicárdicos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, sin masas, ni megalias. Peristaltismo conservado. Sin signos de irritación peritoneal. Analítica: discreta leucocitosis. Hemoglobina, hematocrito, plaquetas normal. Bioquímica: perfil hepático, renal y glucosa normal. Perfil tiroideo: TSH 0,01, T4 5,7. Anticuerpos antitiroperoxidoxidasas y antitiroglobulina positivos. ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm. Sin alteraciones agudas de la repolarización. Se deriva a Urgencias hospitalarias para control e ingreso.

Juicio clínico: Hipertiroidismo primario. Nódulo tiroideo maligno.

Diagnóstico diferencial: Hipertiroidismo primario. Carcinoma tiroideo hiperfuncionante. Adenoma tóxico. Crisis tirotóxica.

Comentario final: La paciente fue remitida a Urgencias Hospitalarias, donde se realizaron controles analíticos, radiografía de tórax y abdomen y ECG. Fue ingresada en Endocrino y tras pruebas complementarias (gammagrafía y ecografía cervical) fue diagnosticada de bocio multinodular tóxico en tratamiento con yodo. La aplicabilidad de este caso a la Medicina de Atención Primaria es la importancia del manejo de la patología tiroidea, muy frecuente en nuestro campo, y así evitar complicaciones que puedan comprometer la vida de nuestros pacientes. Por otro lado, es importante realizar una buena anamnesis y tener conocimiento de antecedentes familiares de interés de nuestros pacientes, con el fin de poder realizar abordajes diagnósticos/terapéuticos adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leow MK, Chew DE, Zhu M, Soon PC. Thyrotoxicosis and acute abdomen ¿still as defying and misunderstood today? Brief observations over the recent decade. *QJM*. 2008;101:943-7.
2. Karanikolas M, Velissaris D, Karamouzos V, Filos KS. Thyroid storm presenting as intra-abdominal sepsis with multi-organ failure requiring intensive care. *Anaesth Intensive Care*. 2009;37:1005-7.
3. Jiang YZ, Hutchinson KA, Bartelloni P, Manthous CA. Thyroid storm presenting as multiple organ dysfunction syndrome. *Chest*. 2000;118:877-9.