



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1907 - Derrame pericárdico de origen tiroideo

J.M. Fernández González^a, I. Sauco Colón^b, M. Doña González^c y F.C. Paul Navarro^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Granja. Jerez de la Frontera. Cádiz. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz. ^dMédico de Familia de Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 79 años que acude a consulta de atención primaria (AP) por malestar general disnea de días de evolución. Inicialmente recibió tratamiento con broncodilatadores, esteroides y furosemda, sin mejoría clínica. Tras profundizar en anamnesis destaca además palidez y sequedad cutánea, hinchazón de cara (facies tiroidea), manos y edemas maleolares, estreñimiento de días de evolución, congestión mucosa nasal, tos y disnea a pequeños esfuerzos. Sin alergias conocidas, antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo II. A la exploración física se encuentra eupneica y saturando al 86%, neurológico normal, en la auscultación cardíaca destacan tonos rítmicos apagados, y en la respiratoria discretos crepitantes en ambas bases pulmonares. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal con bradicardia a 52 latidos por minuto, con bajo voltaje. En la radiografía de tórax destaca cardiomegalia global. Se decide traslado a urgencias hospitalarias para valoración y estudio. Se realiza mientras llega traslado una ecografía cardíaca subcostal donde se identifica derrame pericárdico moderado, con fracción eyección (FE) que impresiona de conservada.

Exploración y pruebas complementarias: En hospital se realiza analítica donde destaca: hemoglobina de 11,5 g/dL, Bioquímica normal coagulación normal, tiroxina libre (T4) indetectable y tirotropina (TSH) mayor de 30 IU/m. Se solicitan anticuerpos antitiroideos 518 UI/ml y anti-tiroglobulina de 24,82 UI/ml. Se realiza de nuevo anamnesis en busca de patología tiroidea no encontrando antecedente en paciente ni familiares. Se realiza ecocardiografía para comprobar derrame descrito en AP y se confirma derrame moderado con leve disminución de FE. No fue necesario evacuar dicho derrame al no ser masivo.

Juicio clínico: Derrame pericárdico secundario a patología tiroidea autoinmune. Hipotiroidismo primario.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca. Anemia. Infección respiratoria. Derrame pericárdico.

Comentario final: Se inició tratamiento sustitutivo con seguimiento en Endocrinología y AP para control de hormonas tiroideas y evolución del derrame pericárdico. El hipotiroidismo es una enfermedad frecuente que hay que tener en cuenta en las consultas de AP debido a la gran cantidad de patología y clínica concomitante que resulta de ella. Por ello creemos que es una enfermedad que debemos controlar desde AP y urgencias, ya que en este caso, la anamnesis y capacidad desde este servicio de realizar la ecografía, sirvió para encauzar el caso clínico de manera precoz con inicio rápido de tratamiento, y evitando complicaciones como un posible taponamiento cardíaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. The American thyroid association guidelines Taskforce. Management guidelines for patients with Thyroid nodules and Differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2006;16(2):1-34.
2. Castro M, Regina MD, GharibH. Continuing Controversies in the Management of Thyroid Nodules. *Ann of Intern Med*. 2005;142(11):926-31.
3. Castro MR. Thyroid nodules-Management dilemmas and therapeutics considerations. *Business briefing:US Endocrine review*. 2005;67-70.
4. Frates MC, Benson CB, Charboneau JW, Cibas ES, Clark OH, Coleman BG, et al. Management of Thyroid Nodules Detected at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. *Radiology*. 2005;237:794-800.
5. Yeung MJ, Serpell JW. Management of the Solitary Thyroid Nodule. *The Oncologist*. 2008;13:105-12.