



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1292 - Diagnóstico y evolución clínica de un caso atípico de Tiroiditis De Quervain con VSG normal

E. Álvarez Tutor<sup>a</sup>, C. Hijos Larraz<sup>a</sup>, J.J. Jurío Burgui<sup>a</sup>, M.E. Zubieta Floristán<sup>a</sup>, P. Palacio Cuenca<sup>a</sup>, I. Fau Sánchez<sup>b</sup>, I. Adanero Calvo<sup>b</sup>, M. Otero Lago<sup>c</sup>, A. Valle Campo<sup>c</sup> y L. Bustos Guillén<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ermitagaña. Pamplona. <sup>b</sup>Médico Residente 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ermitagaña. Pamplona. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ermitagaña. Pamplona. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ermitagaña. Pamplona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 44 años de edad que consulta por bocio levemente doloroso con sensación de opresión en el cuello de un mes de duración y que mejora con antiinflamatorios. Sensación de hiperactividad y pérdida de peso. Sin fiebre. Elevación de T4 y abolición de TSH. Tres meses después persiste el bocio aunque experimenta mejoría de los síntomas iniciales con cierta reducción del nerviosismo y sensación térmica de baja temperatura. Momento a partir del cual se produce una gran elevación de la TSH con reducción y normalización progresiva en las sucesivas analíticas posteriores de las cifras de TSH y T4 en los 4 meses siguientes con la total desaparición del bocio y todas las molestias asociadas al cuadro inicial.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se palpa bocio nodular central de consistencia firme de 1 cm de diámetro, no adenopatías, auscultación cardiaca sin hallazgos y pulso de 78 ppm. No temblor de manos ni extremidades. En la ecografía tiroidea se observa una asimetría en el tamaño de los lóbulos tiroideos, siendo mayor el derecho, con ecogenicidad heterogénea, áreas tenuemente hipoecoicas y sin nódulos asociados. Hallazgos de patología inflamatoria compatible con tiroiditis. En la primera analítica la TSH fue de 0,02 mU/L y la T4: 1,50 ng/dL confirmándose así el hipertiroidismo inicial de la tiroiditis. Tres meses después se desarrolló el hipotiroidismo con la elevación de la TSH de 31,86 mU/L, al mes siguiente 20,06 mU/L, al mes siguiente 10,47 mU/L y al tercer mes una recuperación casi completa con una TSH de 7,98 mU/L y una T4 de 0,97 ng/dL.

**Juicio clínico:** Hipotiroidismo primario posttiroiditis. Variante atípica de tiroiditis subaguda De Quervain con una VSG normal.

**Diagnóstico diferencial:** Se trata de una inflamación tiroidea dolorosa que hace pensar en un diagnóstico diferencial entre una tiroiditis subaguda De Quervain aunque la VSG no ha estado elevada en ningún momento y una tiroiditis silente que finalmente quedó descartada por no haber tenido nunca positivos los antiTPO.

**Comentario final:** La paciente se recuperó lentamente de forma completa y espontánea tanto clínica como analíticamente tras ocho meses de evolución, volviendo a unas cifras de TSH y T4 dentro de límites normales. Los anticuerpos antiTPO siempre fueron negativos, por lo que se descartó una tiroiditis silente. Se trata por tanto de una posible tiroiditis De Quervain de posible etiología vírica pero que de una manera

atípica no afectó a la VSG que siempre se mantuvo normal. Rara vez es necesario administrar hormona tiroidea, ya que la fase hipotiroidea suele ser leve y transitoria. La recuperación es espontánea en el 95% de los pacientes, solo un pequeño porcentaje desarrollan hipotiroidismo permanente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. Thyroiditis. N Engl J Med. 2003;348(26):2646-55.
2. Burman KD. Subacute thyroiditis [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2014, version 22.10. [acceso 26/11/2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.
3. Larsen PR, Davies TF. Hipotiroidismo y tiroiditis. En: Larsen PR, Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS. Williams Tratado de Endocrinología. 11ª edición. Madrid: Elsevier; 2009. p. 411-3.