



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1202 - Nada es lo que parece. Ojo con el tiroides

J.V. Alfaro González<sup>a</sup>, M.T. Izquierdo Ros<sup>b</sup>, I. Alfaro Abia<sup>c</sup>, I. Alonso García<sup>d</sup>, M.J. Hernández Ortiz<sup>e</sup> y J.L. Cebrián Casas<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Murcia Centro San Juan. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Psiquiatría. Hospital Reina Sofía. Murcia. <sup>c</sup>Estudiante de Medicina de 2º Curso. Facultad de Medicina. UCAM. Murcia. <sup>d</sup>Psiquiatra. Hospital Morales Meseguer. Murcia. <sup>e</sup>Auxiliar de Enfermería. Hospital Virgen del Castillo de Yecla. Murcia. <sup>f</sup>Dirección de Enfermería. Centro de Salud Alguazas. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 19 años cuyos padres solicitan consulta médica urgente en domicilio. Previamente habían consultado en los últimos seis meses varias veces por alteraciones conductuales del paciente en el medio familiar y sospecha de consumo de tóxicos. Desde hace 5 días presenta comportamientos extraños y heteroagresividad física y verbal a terceros.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se encuentra sudoroso, tembloroso, hiperalerta, con exoftalmos y agitación psicomotriz. Pérdida de 13 kg de peso en 9 meses. No alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales (AP) somáticos de interés. El paciente impresiona de enfermedad orgánica y de intoxicación aguda por sustancias psicoactivas, se deriva a urgencias hospitalarias a pesar de la negativa del paciente y sus familiares. Avisamos al 061 y a la policía para el traslado involuntario para tratamiento con fármacos antitiroideos y control de síntomas adrenérgicos. En urgencias: no colabora en la exploración inicial, se pauta contención farmacológica y mecánica. Ya en planta de psiquiatría; se realiza analítica de sangre y orina y ECG, este último con taquicardia sinusal a 100 lpm. Analítica de sangre: bioquímica, hemograma y coagulación. Cobalaminas y folatos (normal) Hormonas tiroideas: TSH: 0,02 ng/dL, T4: 94,8 ng/dL Orina: cocaína +++, cannabis ++. Rx tórax PA/lateral, EEG, RMN: normal. WAIS: CI verbal: 82 CI Manipulativo: 77 CI total: 79 (inteligencia límite). AP psiquiátricos: mala escolarización. Buena socialización. Malas compañías. Consumidores de cocaína. No delincuencia. No trastornos psiquiátricos previos. Consumidor de cocaína y cannabis (desde los 17 años). Situación basal y psicobiografía: vive con los padres y una hermana de 13 años. Ha trabajado de albañil hasta hace 14 meses. Exploración psicopatológica. CyO en tiempo-espacio y autopsíquicamente. Inquietud psicomotriz, actitud hostil, demandante, desafiante, pueril, conductas inadecuadas. Pensamiento empobrecido, parco, sin estructurar. No se aprecia sintomatología delirante ni alteraciones sensorio-perceptivas. Alta impulsividad. Dificultad para procesar cualquier pensamiento. Ánimo disfórico. Impresiona de CI bajo.

**Juicio clínico:** Psicosis tóxica y crisis tirotóxica.

**Diagnóstico diferencial:** Etiologías del hipertiroidismo. Enfermedad de Graves, adenoma hiperfuncionante, bocio multinodular tóxico, tiroiditis subaguda/crónica con tirotoxicosis transitoria, producción ectópica, carcinoma folicular metastásico, tumor trofoblástico. Tras realizarse Eco cervical conseguimos diagnóstico de confirmación: glándula tiroides aumentada de tamaño, globulosa, heterogénea y globalmente hipoeoica. Hallazgos compatibles con enfermedad de Graves.

**Comentario final:** El médico de familia está capacitado para decidir una derivación involuntaria a urgencias si la patología del paciente lo requiere. Asimismo; debe ser capaz de diagnosticar enfermedades mentales y discernir la gravedad de cada caso. En este caso observamos la importancia de valorar al paciente en su entorno y cómo ha tenido un cambio funcional tiroideo sobre su diagnóstico psiquiátrico de base; lo que puede llevar a aumentar dosis de fármacos por no realizar revisión de niveles de hormonas tiroideas, sobre todo cuando hay una mala respuesta a los mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Elsevier. Masson; 2011.
2. Vogel A. Elberlug TV. Affective Symptoms and cognitive functions in the acute phase of Graves' thyrotoxicosis. Psychoneuroendocrinology, 2007;32(1):36-43.