



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2551 - 'Cazar' el hipotiroidismo cuando hay síntomas y signos típicos

C. Guijo Roldán^a, F.J. Benítez Gutiérrez^b, M.C. Cerezo Castañeda^c y J.I. Cantillo Muñoz^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz. ^dMédico Residente de 1º año. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 23 años sin antecedentes personales, no hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas, que consulta a su médico de familia por retraso en el crecimiento del pelo de la barba y astenia desde hace meses. En la entrevista clínica destaca dificultad para hacer ejercicio físico por cansancio con empeoramiento progresivo, tendencia al sueño, aumento ponderal de al menos 8 kg en un año, sin aumento de ingesta, hiporexia, hipohidrosis y cierta intolerancia al frío en los últimos meses. Hábito intestinal sin alteraciones. No presenta otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Evidente palidez cutánea y frialdad de los miembros sin alteraciones en aparatos y sistemas. No bocio. ACP: rítmica sin soplos a 64 lpm, pulmonar sin alteraciones. TA 100/60 mmHg. Con la sospecha de anemia y para alcanzar un diagnóstico se solicita analítica: hematíes 4 millones, 12 hemoglobina, resto de hemograma normal, glucosa 83, creatinina 1,4, colesterol total 334, LDL 249, HDL 32, triglicéridos 142, GOT 60 y GPT 41. TSH > 200 y T4 0,05. Repetimos estudio analítico que corrobora el hipotiroidismo e iniciamos tratamiento con levotiroxina 50 ?g/día. Se deriva el paciente a endocrinología para estudio, que sube paulatinamente a levotiroxina 100 ?g/día ante la buena tolerancia. Analítica de control a las 8-10 semanas de tratamiento con TSH 1,6, T4 1,17, Ac Anti-TPO 120,1 y Ac Anti-TG 39,7, colesterol total 162, LDL 98, HDL 36, triglicéridos 139, GOT 29 y GPT 62. Estudio ecográfico de tiroides: atrofia tiroidea. Mantiene controles y revisiones periódicas tanto por endocrinología como por su médico de familia. A los 10-12 meses el paciente refiere haber recuperado actividades habituales, incluido el ejercicio, ha perdido 2 kg de peso y vuelve a afeitarse con normalidad.

Juicio clínico: Hipotiroidismo primario con debut grave, Enfermedad tiroidea autoinmune.

Diagnóstico diferencial: Hipotiroidismo secundario, anemia, diabetes mellitus insulinodependiente, insuficiencia suprarrenal, feocromocitoma, uso de broncodilatadores en asmáticos, consumo anfetaminas, depresión, neoplasia oculta.

Comentario final: En los adultos la causa principal de hipotiroidismo primario es de origen autoinmune, sobre todo la tiroiditis de Hashimoto. En general las manifestaciones clínicas son insidiosas y sutiles, incluso poco objetivables. Síntomas destacados: astenia, debilidad, sequedad piel, sensación de frío, caída de pelo, dificultad de concentración, estreñimiento, aumento de peso, inapetencia... Y como signos: piel seca y rugosa, miembros fríos, mixedema, alopecia, bradicardia... En la analítica puede haber hipercolesterolemia y aumento de transaminasas. El médico de familia debe aprovechar la cercanía con los pacientes para

sospechar y reconocer estos pocos síntomas/signos -a menudo atípicos- e instaurar tratamiento hasta conseguir el estado eutiroideo del enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Castro P, Isidro San Juan ML, Cordido-Carballedo F. Hipotiroidismo. www.fisterra.com, guías clínicas 2004; 2(29).
2. Rehman HU, Bajwa TA. Newly diagnosed hypothyroidism. *BMJ*. 2004;329:1271.
3. Rehman SU, Cope DW, Senseney A D et al. Thyroid disorders in elderly patients. *Southern Medical Journal*. 2005;98(5):543-9.