Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1197

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1984 - ¿Y si el problema está en el tiroides?

C. de Manueles Astudillo[a], I. Riera Carlos[b], M.Á. Paule Sánchez[c], A. Pérez Santamaría[a], Á. Morán Bayón[a], C. Montero Sánchez[d], N. Diego Mangas[a], Á.F. Viola Candela[e], J.I. Berrocoso Sánchez[f] y C. Sánchez Peinador[e]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [c]Médico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Garrido Sur. Salamanca. [e]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. [f]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años hipertensa, en tratamiento con torasemida 5 mg, sin otros antecedentes de interés, que acude de urgencia a nuestra consulta por presentar astenia intensa desde hace un mes, que ha empeorado en los últimos días. Además refiere disnea de pequeños esfuerzos, disminución de la diuresis e inflamación de extremidades inferiores. En las últimas noches ortopnea importante con episodios de disnea paroxística nocturna. No dolor torácico ni sincope. Palpitaciones ocasionales. Aumento de las deposiciones en el último mes sin productos patológicos. No clínica infecciosa ni otra sintomatología de interés.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 150/70 Tª 37,4 ºC. FC: 120 lpm. Sat O2: 90%. Bien nutrida y perfundida. Eupneica. Ingurgitación yugular a 45º. Tórax: AC: ruidos cardiacos irregulares sin soplos. AP: Murmullo vesicular abolido en base derecha. Abdomen: sin hallazgos. EEII: Edema bilateral con fóvea hasta rodillas. ECG: FA con ritmo ventricular mantenido a 140 lpm, eje QRS 0º sin alteraciones en la repolarización. Ante el regular estado de la paciente se decide derivar a urgencias hospitalarias, allí realizan: analítica: hemograma, coagulación y bioquímica normal excepto el perfil tiroideo: T4 libre: 5,77 ng/dl, T3 libre: 0,49 ng/dl y TSH: 0,005 µU/ml. Ac anti-peroxidasa, anti-tiroglobulina, anti-receptor de TSH: Normales. Radiografía: Derrame pleural que ocupa tercio inferior de hemitórax derecho. Gammagrafía

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

tiroidea: Tiroides aumentado de tamaño con zonas de hipercaptación alternando con otras de menor captación compatibles con bocio multinodular (BMN) intratorácico. Evolución: Se inició tratamiento con sintrom, diuréticos y betabloqueante para controlar FA e IC y metimazol como tratamiento del hipertiroidismo.

Juicio clínico: Fibrilación auricular de reciente diagnóstico con insuficiencia cardiaca en relación con hipertiroidismo primario (BMN tóxico).

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Graves, BMN tóxico, adenoma tóxico, tiroiditis, estruma ovarii.

Comentario final: El hipertiroidismo está provocado por un exceso de hormonas tiroideas circulantes que da lugar a una hiperestimulación del metabolismo, lo cual puede verse reflejado a nivel del sistema cardiovascular como taquicardia y palpitaciones. En estos pacientes, existe un mayor riesgo de fibrilación auricular, pudiendo ocasionar insuficiencia cardiaca en los que presentan enfermedad cardiaca subyacente, en especial los ancianos. En estos últimos, sobre todo si el hipertiroidismo es producido por un BMN tóxico (como en el caso de nuestra paciente), los síntomas cardiovasculares –palpitaciones, disnea de esfuerzo, dolor torácico- y signos –taquicardia, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca- predominan sobre el resto de manifestaciones clínicas. Debemos tener en cuenta siempre, que una de las causas que puede desencadenar una FA es un exceso de la función tiroidea, que confirmaremos con una analítica que contenga perfil tiroideo con TSH abolida y T4/T3 elevadas. Para completar el estudio se solicitará: Autoinmunidad (anticuerpos antitiroideos), gammagrafía y ecografía tiroidea. El tratamiento se basa en tres pilares: 1. Fármacos antitiroideos 2. Cirugía 3. Iodo 131.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gavilán Villarejo I, Larrán Escandón L, Vílchez López F.J, Aguilar Diosdado M. Hipertiroidismo. Medicine. 2012;11(14):813-8.

2. Álvarez de Miguel F, Partida Muñoz M. Enfermedades del tiroides. En: EGRAF,S.A. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 7ª ed. España: MSD; 2012. p. 963-84.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.