



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

212/2590 - Todos para uno

J.J. Guerras Conesa^a, A. Palacio Liñares^b, A. Plazas Miñarro^c, M.J. Conesa Espejo^a, C. Sánchez Pérez^a, I.M. Martínez Ardil^a, R. Gómez García^a, A. Martínez Más^a, D. Martínez Antequera^a y V.M. Lao Cañadas^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Varón 52 años atendido en Atención Primaria (AP) por edemas en miembros inferiores (MMII). Alérgico a penicilinas. VIH en tratamiento antiretroviral. Hepatopatía por VHC curada. Hipertensión arterial. Dislipemia. Diabetes mellitus tipo 2 tratado con insulina y antidiabéticos orales. Hiperhomocisteinemia. Insuficiencia renal crónica (IRC) estadio III. Plastia femoral + trombectomía de miembro inferior izquierdo (MII) y amputación infracondílea izquierda. Trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho (MID). Insuficiencia renal aguda resuelta. Exfumador. Consumidor ocasional de alcohol. Polimedicado. Se inició tratamiento con furosemida. Posteriormente es ingresado hospitalariamente por empeoramiento clínico de edemas en MMII, miembros superiores, edemas faciales, disfonía con voz bitonal de dos meses de evolución y reagudización de insuficiencia renal crónica. Otorrinolaringología diagnostica hiperplasia de mucosa en bandas ventriculares. Se da alta tras estabilización. En consulta ante la no mejoría completa se solicita control urgente de hormonas tiroideas, diagnosticándose hipotiroidismo.

Exploración y pruebas complementarias: Obeso. Disfonía. Abdomen: globuloso, difusamente doloroso, probable ascitis. MID: insuficiencia venosa periférica, edemas con fóvea. Bioquímica: glucosa 155. Filtrado glomerular 34,5 ml/min. GGT 42. Fosfatasa alcalina 46. LDH 557. Radiografía de tórax: signos de redistribución vascular. Hormonas tiroideas: T4 > 150.000; T4L > 0,19.

Juicio clínico: Hipotiroidismo.

Diagnóstico diferencial: 1. IRC reagudizada. 2. Cirrosis alcohólica. 3. Cirrosis origen viral. 4. Insuficiencia venosa crónica.

Comentario final: Los pacientes pluripatológicos y polimedicados pueden presentar síntomas y signos resistentes a tratamiento haciendo necesario replantear la hipótesis diagnóstica. Factores de demora diagnóstica: atribuir síntomas a sus enfermedades conocidas y medicaciones, síntomas guía poco sensibles, dificultad para recopilar estos síntomas, abordaje por múltiples especialistas e insuficiente tiempo de consulta. Por ello, es fundamental mantener la historia clínica como el documento básico de registro del paciente, garantizando su unificación con una correlación temporal y clínica intuitiva, manteniendo la visión global del paciente, y garantizando una relación eficaz entre los distintos niveles asistenciales.

Bibliografía

1. Hipotiroidismo. Fisterra Atención Primaria en la Red, 2013.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Registros médicos. Hipotiroidismo. Signos y síntomas. Anamnesis.