Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):3

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/225 - Doctor, este dolor de garganta me da pánico

N. Ñiguez Baños[a], M. Hijar Jiménez[b], C. Zárate Oñate[a], L. de Miguel Acero[a], C.I. Ruiz Morollón[c], C.L. Martín Hernández[d], A. Barranco Apoita[d] y B. Parente Gómez[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [d]Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Hospital de la Princesa. Madrid. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Santa Hortensia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 40 años que consulta por odinofagia, febrícula y otalgia bilateral. Además presenta astenia, sudoración y nerviosismo.

Exploración y pruebas complementarias: Taquicárdico, hiperhidrosis. Orofaringe: no hiperémica, sin placas. Dolor a la palpación de región cervical anterior. Tiroides levemente aumentada de tamaño, difusamente, sin palpar nódulos. No adenopatías. Analítica 1º: T4 libre > 7,77, TSH 0,01, VSG 20, ac. antitiroideos negativos, GOT 4, GPT 95. Eco por técnica fast: glándula tiroides difusamente aumentada de tamaño. Doppler: hipocaptación generalizada. Analítica 2º: (a las 4 semanas) T4 libre: 0,81, TSH 7,53, GOT 4,4 GPT 100, GGT 48. Analítica 3º: (a las 8 semanas) T4 libre 1,2, TSH 4,06, GOT/GPT/GGT normales.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda de De Quervain.

Diagnóstico diferencial: Otras tiroiditis (bacteriana, Hahsimoto...). Enfermedad de Graves. Faringoamigdalitis. SCA. Adenitis infecciosa reactiva. Sd. mononucleósico.

Comentario final: En un paciente que presenta dolor cervical TRAS sufrir un proceso infeccioso debemos tener en cuenta el diagnóstico de tiroiditis subaguda. Es característico que se presente en forma de fases (hipertiroideo-eutiroideo-hipotiroideo) de duración entre 2-8 semanas, hasta normalizarse en la mayoría de los casos las alteraciones analíticas del perfil tiroideo. Hay que diferenciarla del resto de tiroiditis. Para el tratamiento, se emplean AINEs, asociados o no con corticoides y b-bloqueantes (propranolol, si hay síntomas de hipertiroidismo). Un porcentaje pequeño de casos permanecen hipotiroideos, requiriendo tratamiento sustitutivo con levotiroxina.

Bibliografía

1. Lazarus JH. Silent thyroiditis and subacute thyroiditis. En: Braverman LE, Utiger RD, eds. The Thyroid: A Fundamental and Clinical Text, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996:577.
2. Fatourechi V, Aniszewski JP, Fatourechi GZ, et al. Clinical features and outcome of subacute thyroiditis in an incidence cohort: Olmsted County, Minnesota, study. J Clin Endocrinol Metab.

2003;88:2100.
3. Desailloud R, Hober D. Viruses and thyroiditis: an update. Virol J. 2009;6:5.
4. Nishihara E, Ohye H, Amino N, et al. Clinical characteristics of 852 patients with subacute thyroiditis before treatment. Intern Med. 2008;47:725.
5. Sherman SI, Ladenson PW. Subacute thyroiditis causing thyroid storm. Thyroid. 2007;17:283.

Palabras clave: *Tiroides. TSH. Odinofagia. Eco subaguda.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.