



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/839 - Analizando una fiebre

I. Valle Escamilla^a, A. Sierra Medina^b, E. López Victoria^b, G. Pérez Darnaudguilhem^b y J.L. del Burgo Fernández^c

^aMédico Residente; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Porzuna. Ciudad Real. ^bMédico Residente. Centro de Salud Ciudad Real III. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: 1ª consulta: paciente mujer de 48 años AP: psoriasis. DM gestacional. Desde hace aproximadamente 20 días presenta fiebre vespertina termometrada de hasta 38 °C junto con malestar general acompañado de dolor en cara anterior cervical, astenia y artromialgias. Refiere pérdida de peso de unos 3 kg por disminución de la ingesta por inapetencia. No otra clínica acompañante. No antecedentes epidemiológicos de interés. No ingesta de alimentos sospechosos. Convive con animales vacunados. Se solicita analítica con serología y hormonas. 2ª consulta (una semana): paciente afebril aunque presenta palpitaciones, astenia y nerviosismo. Tratamiento: antiinflamatorio y B-bloqueantes. 3ª consulta (dos meses): mejoría clínica, asintomática. 4ª consulta (dos meses): paciente asintomática.

Exploración y pruebas complementarias: Estable, afebril, taquicardia a 120 lpm. No adenopatías laterocervicales, supraclaviculares, axilares ni inguinales. No bocio. Auscultación normal. Exploración abdominal y extremidades sin hallazgos relevantes. Analítica: hemograma y bioquímica en rango, salvo: TSH 0,03, PCR 2,7. Rx tórax normal. ECG: normal. 2ª analítica: TSH 0,01, T4 1,95. Ac antitiroglobulina 15,8 y AC antimicrosomales 49,1. Serología y ANA negativos. VSG y PCR aumentadas. 3ª analítica TSI 0,9. Gammagrafía: tiroides moderadamente hipercaptante compatible con tiroiditis resuelta. 4ª analítica: TSH 7,15, T4 0,95. VSG y PCR en rango.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda, compatible con tiroiditis de Quervain.

Diagnóstico diferencial: Distintas tiroiditis: 1) Aguda: infecciosa, traumática, posradiación. Fiebre, dolor e inflamación. Normofunción tiroidea. 2) Silente: autoinmune (mujer 80% puerperio). Bocio indoloro. Ac. antitiroideos. Asociación enf. autoinm. Hipertiroidismo transitorio. 3) Crónica. Linfocitaria. Autoinmune (mujer 90% 30-50 años). Asintomática. Bocio. Síntomas compresivos. 5% hipertiroidismo transitorio. 55% eutiroidismo. 25% hipotiroidismo clínico. 15% hipotiroidismo subclínico. Esclerosante (Riedel). Desconocida. Asociada a enf. Hashimoto y/o fibrosis diseminada (mujer 30-60 años). Bocio duro, indoloro. Síntomas compresivos 25% hipotiroidismo.

Comentario final: Tenemos que tener siempre presente la clínica tan diferente que se produce ante las alteraciones del tiroides, es un órgano que no debemos olvidar en nuestras consultas.

Bibliografía

1. Cano Pérez JF, Carrera Santalíestra MJ. Patología tiroidea: En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia, 7ª ed. Elsevier, 2014:770-81.

2. Muñoz Degado G, Olalla J. Enfermedades del tiroides: En: Blanco Echevarría A, García-Gil ME. Manual diagnóstico y terapéutica médica, 5ª ed. MSD, 2003:733.

Palabras clave: Fiebre. TSH. Tiroiditis.