



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4117 - DOCTORA, NO MEJORO Y ME HA SALIDO UN BULTO EN EL CUELLO

M. Guiu<sup>a</sup>, J. Robaina Gil<sup>a</sup>, V. García Fumero<sup>a</sup>, M. Díez Cardellach<sup>b</sup>, C. del Río Navarro<sup>b</sup> y L. Núñez Chicharro<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio La Salud. Santa Cruz Tenerife. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio de la Salud. Santa Cruz de Tenerife.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 38 años, sin antecedentes personales de interés. Acude por odinofagia y disfonía de 15 días, con fiebre de hasta 38,5 °C. Se objetiva exudado amigdalino a la exploración e iniciamos fenoximetilpenicilina 500 mg/12h. Vuelve por fiebre, "bulto" doloroso en cuello y nerviosismo. Objetivamos bocio grado II. Solicitamos analítica donde observamos cifras de hipertiroidismo. Ecografía tiroidea, con datos de tiroiditis y valoración por Endocrinología, quienes diagnostican tiroiditis reactiva, iniciando tratamiento con Ácido acetilsalicílico (AAS) 500 mg/8h y propranolol 10 mg/12h. Solicitan gammagrafía, donde no se observa captación en tiroides. Posteriormente, reconsulta en Urgencias por palpitaciones y pérdida de peso, es valorada por Endocrinólogo, que retira AAS e inicia tratamiento con prednisona 30 mg/24h en dosis descendente. Revaloran en 3 semanas y la paciente relata astenia, se objetiva en analítica hipotiroidismo, iniciándose tratamiento transitorio con levotiroxina 25 µg/24h, 15 días. En revisión al mes, la paciente refiere mejoría clínica y en analítica se objetiva hipotiroidismo subclínico, que remite en siguiente control analítico. La paciente es dada de alta de Endocrinología tras 2 controles normales.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consultas: Primera: exudado amigdalino y adenopatía anterocervical dolorosa. Segunda: bocio grado II, doloroso. Analíticas: Primera: leucocitosis con neutrofilia y VSG 34, ASLO 350. TSH 0,012, T4L 3,78, T3L 7,19, anticuerpos antiperoxidasa y TSI negativos. Segunda: TSH 4,28, T4L 0,82, T3L 1,83. Tercera: TSH 5,10, T4L 1,27, T3L 1,00. Ecografía: aumento global de tiroides y parénquima heterogéneo. Imagen nodular hipoeoica de 7 mm, sugestivo de foco de tiroiditis. Gammagrafía: no captación yodo.

**Juicio clínico:** Tiroiditis subaguda.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad de Graves, Tiroiditis silente.

**Comentario final:** Con este caso, queremos recordar una patología poco frecuente en la consulta de Atención Primaria, cómo sospecharla y su tratamiento.

### Bibliografía

1. Salih AM, Kakamad FH, Rawezh QS, Masrur SA, Shvan HM, Hawbash MR, Lhun TH. Subacute thyroiditis causing thyrotoxic crisis; a case report with literature review. International Journal of Surgery Case Report. 2017;33:112-4.
2. Shrestha RT, Hennessey J. Acute and Subacute, and Riedel's Thyroiditis. Inc.; 2000-2015.
3. Hennessey JV. Subacute Thyroiditis. Inc.; 2000-2015.

4. Fistera, portal Atención Primaria.

**Palabras clave:** Tiroiditis reactiva. Hipertiroidismo. Bocio.