



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/399 - MAMÁ, A MÍ TAMBIÉN ME PASA

A. Alonso Pacho<sup>a</sup>, A. Uranga Gómez<sup>b</sup>, P. Altozano Rodulfo<sup>a</sup>, G. Burgos Valverde<sup>a</sup>, M. Goicoechea García<sup>a</sup> y J. Pérez Castañeda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud García Noblejas. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud García Noblejas. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Acude al centro una paciente con su hija de 27 años. Acudía con clínica de astenia y mialgias, y la hija comenta que a ella le ocurre lo mismo, lleva dos meses con debilidad de cintura pélvica y astenia. Al mirarla, se observa tumoración anterior del cuello, compatible con bocio. Sin antecedentes ni tratamientos. Afebril. Sin cambios de peso. Niega otra clínica. Tras la exploración se inicia tratamiento betabloqueante para el control de la frecuencia cardiaca. Se realiza ecografía en consulta y se solicita analítica urgente. Con el resultado, es tratada con tirodriol y se mantiene propanolol a la misma dosis por buen control. Se deriva de forma preferente a Endocrinología y se solicita control ecográfico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Frecuencia cardiaca 130 lpm. TA 140/85 mmHg. Palpación tiroidea: no dolorosa, bocio con aumento de ambos lóbulos con predominio del derecho. Ausencia de adenopatías, exoftalmos o diplopía. Analítica: hemograma y bioquímica normal excepto linfocitos 6.210/mm<sup>3</sup>, TSH 0 UI/ml, T4 libre 3,68 ng/dl y T3 libre de 30 pg/ml. Ac. antimicrosomas-TPO 962 IU/ml (> 35 UL/mL) y Ac. anti-tirotoglobulina 167 IU/ml (> 60 UL/mL). Ecografía de cuello: lóbulo tiroideo derecho de 5,3 × 3,19 cm (transversal-sagital), izquierdo de 4,8 × 3,06 cm e istmo 1,3 cm, sin lesiones nodulares, hipoeucogénico, con hipervascularización (“infierno tiroideo”).

**Juicio clínico:** Hipertiroidismo secundario a enfermedad de Graves-Basedow.

**Diagnóstico diferencial:** Tiroiditis, adenoma tóxico, tirotoxicosis facticia, mola, struma ovarii, metástasis.

**Comentario final:** La enfermedad de Graves-Basedow es la causa más frecuente de hipertiroidismo. Más frecuente en mujeres de edad media. Cursa con bocio, clínica de hipertiroidismo, posible oftalmopatía tiroidea y/o mixedema pretibial. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante perfil tiroideo y anticuerpos TSI (muy específicos). Nos encontramos ante un caso en el que la ecografía en Atención Primaria es de gran ayuda para orientar el diagnóstico, siendo esta vez de especial interés la utilización del Doppler. Es raro que un hipertiroidismo no diagnosticado comience como una crisis tirotóxica ( 10%), pero no debemos olvidar su importante mortalidad del 20-30%, y por tanto diagnosticar y tratar cuanto antes una historia clínica compatible.

### Bibliografía

1. De Juan M, Azpeitia J. Radiología de cabeza y cuello. Sociedad Española de Radiología Médica. Madrid: Elsevier, 2012.

2. Calañas Continente A, Jiménez Murillo L, Montero FJ. Crisis tirotóxica. Medicina de Urgencias y Emergencias. Barcelona: Elsevier, 2015.

**Palabras clave:** Enfermedad de Graves-Basedow. Tiroides. Ecografía.