



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

## 242/3455 - MUJER DE 18 AÑOS CON ASTENIA, SENSACIÓN DE PALPITACIONES Y SUDORACIÓN CONSTANTE

J. León Domínguez<sup>a</sup>, C. Lorite Ruiz<sup>a</sup> y M. García Reche<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 18 años. Antecedentes familiares: hermano con asma y atopía, abuela materna con diabetes tipo II y abuelo paterno con artritis reumatoide. Refiere cansancio, episodios de ansiedad intermitentes, sensación de palpitaciones y sudoración. No ha perdido peso. Ciclos recurrentes abundantes e irregulares. Episodios de náuseas, vómitos y diarreas frecuentes. Afebril. No dolor torácico. Refiere aumento de caída de cabello. No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Sin otra sintomatología acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Talla 1,63 cm. Peso 75 kg. Tensión arterial 130/80 mmHg. Pulso 111 lpm. Temperatura 37 °C. Frecuencia respiratoria 20 rpm. A nivel de cuello, se palpa tiroides grado 1B. No adenopatías ni formaciones nodulares. Examen neurológico normal, tono y fuerza conservados y simétricos. Analítica normal (incluyendo iones, metabolismo lipídico, férrico, fosfocálcico, ácido fólico, vitamina B12, factor reumatoide y velocidad de sedimentación globular) salvo TSH 0,01 ?UI/mL, T4L 4,57 ng/dL, T3L 19,8 pg/mL. Se realiza de nuevo perfil tiroideo a los dos meses en el que se obtiene: TSH 0,01 ?UI/mL, T4L 4,48 ng/dL, T3L 16,9 pg/mL, ATPO 2494 IU/mL y TSI positivos. Electrocardiograma: taquicardia sinusal, sin alteraciones en la repolarización. Ecografía de cuello: glándula tiroidea con marcado aumento de tamaño, de ecoestructura heterogénea y aspecto multinodular.

**Juicio clínico:** Hipertiroidismo primario sintomático y bocio difuso primario en el contexto de enfermedad de Graves Basedow.

**Diagnóstico diferencial:** Adenoma tiroideo tóxico. Bocio multinodular tóxico. Tirotoxicosis gestacional. Hipertiroidismo inducido por yodo. Fase aguda de tiroiditis de Hashimoto. Síndrome paraneoplásico. Feocromocitoma.

**Comentario final:** La enfermedad de Graves es la causa más frecuente de hipertiroidismo en el adulto en edades medias de la vida, con predominio en mujeres jóvenes. Es una enfermedad multisistémica de origen autoinmunitario, caracterizada por la asociación de hipertiroidismo, bocio difuso y signos extratiroideos que incluyen alteraciones oftalmológicas en un 50% de los casos y dérmicas en el 5-10%. Se le pauta tratamiento con carbimazol y propanolol. Además se le recomienda evitar el consumo de sal yodada, de colorante alimenticio y la utilización de tintes para el cabello que contengan yodo.

### Bibliografía

1. Smith TJ, Hegedüs L. Graves' Disease. *N Engl J Med.* 2016;375(16):1552-65.
2. Prunty JJ, Heise CD, Chaffin DG. Graves' Disease Pharmacotherapy in Women of Reproductive Age. *Pharmacotherapy.* 2016;36(1):64-83.

**Palabras clave:** Enfermedad tiroidea autoinmune. Enfermedad de Graves. Hipertiroidismo.