



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

242/3485 - SIGNO DE PEMBERTON EN PACIENTE CON BOCIO

B. Martínez Rodríguez^a, M. Rozas Lorente^b, A. Serrano Camacho^c, M. Gómez Domínguez^d, N. Moya Quesada^d y Á. Bonilla Álvarez^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Plaza de Toros. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pulpí. Almería. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 76 años que acude a consulta para revisión de bocio. Antecedentes personales: Hipertensión arterial. Hipotiroidismo primario subclínico. Tratamiento: enalapril 20 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg. Levoftiroxina 50 ?g. No sintomatología sugerente de disfunción hormonal. Refiere tos y dificultad para levantar los brazos por enrojecimiento facial.

Exploración y pruebas complementarias: Se palpa masa en lóbulo tiroideo izquierdo. Signo de Pemberton positivo. Analítica: tirotropina 5,73 UI/ml. Tiroxina libre 1,09 ng/dL. Anticuerpos anti peroxidasa tiroidea negativos. Anticuerpos anti tiroglobulina negativos. Ecografía tiroidea: aumento del tamaño de lóbulo izquierdo: 47 × 43 × 57 mm. Lóbulo tiroideo derecho 8 × 12 × 45 mm. Ecografía tiroidea un año después: Nódulo sólido de bordes bien definidos que ocupa todo el lóbulo tiroideo izquierdo que mide 62,3 × 44,9 × 32,5 mm. Lóbulo tiroideo derecho 35 × 10,9 × 8,9 mm. Biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía: Negativa para células malignas. Pendiente de tiroidectomía.

Juicio clínico: Bocio unilateral izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Bocio multinodular. Tumor tiroideo. Adenopatías cervicales. Aneurisma carotídeo. Tumor del glomo carotídeo. Linfadenitis crónica. Inflamación de glándulas salivares. Fibroma. Lipoma.

Comentario final: Definimos bocio como el crecimiento anormal de la glándula tiroides. La causa más frecuente es la deficiencia de yodo. El principal síntoma es el agrandamiento de la glándula, normalmente hacia fuera, pero en ocasiones se produce un crecimiento retroesternal pudiendo comprimir la tráquea, el esófago o los vasos sanguíneos en la entrada del tórax. En nuestro caso la complicación del paciente es el signo de Pemberton: cuando el paciente levanta ambos brazos por encima de la cabeza se produce pléthora facial, mareo o síncope. Se produce por la compresión de la vasculatura a nivel cervical. Es un signo de mal pronóstico, por lo que es importante su identificación desde atención primaria para actuar en consecuencia.

Bibliografía

1. Plaza Martínez A, Martínez Perelló I, et al. Diagnóstico diferencial de las masas cervicales. Angiología. 2007;59(4):325-32.
2. Ross DS. Clinical presentation and evaluation of goiter in adults. UpToDate, 2017.
3. Wisse B. Bocio simple. MedlinePlus.gov

Palabras clave: Bocio. Signo de Pemberton.