



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2202 - TIROTOXICOSIS FACTICIA EN PACIENTE CON TRASTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO

I. Hidalgo Hurtado^a, H. Rosua Urbano^b e Y. Sow Lanzas^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga. ^bMédico de Familia. Urgencias Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. ^cMédico Residente 4^o años de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años, desempleada. AP: tiroiditis autoinmune con levotiroxina 75 μ g/24h, trastorno ansioso-depresivo con citalopram 40 mg 1/24h. y lorazepam 1 mg si insomnio. IQX: hemitiroidectomía izquierda hace 10 años. Acude a urgencias por taquicardia, taquipnea con sensación disneica, temblores en manos y pies e irritabilidad. Se le diagnostica de ansiedad, aumentando dosis de lorazepam y pautando bisoprolol 2,5 mg; y se deja pedida analítica con hormonas tiroideas. En la revisión de atención primaria se detecta hipertiroidismo en la analítica que no se correlaciona con la autoinmunidad, exploración física ni la prueba de imagen de una posible enfermedad de Graves. Ante la sospecha de toma subrepticia de la medicación, la paciente acaba confesando que está tomando dos comprimidos de levotiroxina y que ha suspendido de forma brusca el tratamiento antidepresivo, sin consultarlo. Se le recomienda bajar de nuevo a un comprimido de 75 μ g la dosis de levotiroxina y se reintroduce citalopram 40 mg. Estabilidad clínica y analítica en las posteriores revisiones.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiorrespiratoria normal, exploración neurológica sin alteraciones. Cuello aumento de tamaño de lóbulo tiroideo derecho de forma uniforme, no doloroso, ausencia de nódulos y adenopatías (como exploraciones previas). No exoftalmos, ni mixedema pretibial ni hiperreflexia. 1^a analítica: hemograma normal, bioquímica normal TSH 0,10 T4L 5. Anticuerpos antitiroideos: anti-TPO positivo y TSI negativo; 2^a analítica: TSH 6, T4L 0,20; Ecografía tiroidea: aumento uniforme de tejido tiroideo en lóbulo derecho, ausencia de nódulos...; ECG: taquicardia sinusal 130 lpm.

Juicio clínico: Tirotoxicosis facticia. Tiroiditis de Hashimoto con bocio heterogéneo. Trastorno ansioso depresivo.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Graves. Tiroiditis subaguda de De Quervain. Hashitoxicosis. Nódulo tiroideo hiperfuncionante.

Comentario final: El diagnóstico de tirotoxicosis facticia requiere la exclusión previa de las causas más frecuentes de hipertiroidismo y un alto índice de sospecha. En pacientes con problemas ansioso-depresivos puede interpretarse de forma errónea la expresión clínica de una disfunción tiroidea.

Bibliografía

1. Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Endocr Pract.* 2011;17(3):457-520.

Palabras clave: Tirotoxicosis. Hipertiroidismo. Hipotiroidismo. Trastorno ansioso-depresivo.