

347/2536 - ¡DOCTORA, ESTOY PERDIENDO PESO SIN QUERER!

B. Pérez-Bryan Tello^a, E. Muñoz Soler^a, A. Mozas Blanco^b y C. Rewaj^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Guadalhorce. Málaga.

^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Guadalhorce. Málaga.

^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Guadalhorce. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumadora desde hace 15 años y diagnosticada de leucemia linfática crónica actualmente con vigilancia exclusiva. No tratamiento habitual actualmente. Acude a nuestra consulta refiriendo taquicardia de dos semanas de evolución, asociada a mínimos esfuerzos. Pérdida de peso de unos 8-10 kg en mes y medio involuntariamente. Asocia insomnio, nerviosismo y temblor en ambas manos. Intolerancia al calor y sudoración profusa. Pérdida de fuerza y dolor en ambos ojos con lagrimeo asociado. Tras exploración física y analítica completa se evidencia elevación de hormonas tiroideas con TSI elevados, por lo que se contacta con Endocrinología para valoración preferente y se inicia tratamiento con antitiroideos (neotomizol). Para orbitopatía tiroidea se inicia corticoterapia intravenosa.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con buen estado general, bien hidratada y perfundida. TA: 157/81, FC 106 lpm, peso: 78 kg. ACP: rítmica y regular sin soplos. Taquicárdica. MVC sin ruidos respiratorios. A nivel cervical no se palpa bocio ni adenopatías. Abdomen anodino. Hemograma, coagulación y bioquímica normales. Colesterol 140 (LDL 94, HDL 24), perfil hepatopancreático normal. Albúmina 3,40. Función tiroidea: TSH 0,01, T4L 66,15, T3L 24,70, Anti TPO 28, TSI 40. Ecografía tiroidea: ambos lóbulos presentan tamaño normal, de bordes irregulares y aspecto ecogénico heterogéneo, visualizándose varios nódulos bien delimitados hipoeucogénicos y homogéneos infracentimétricos sin calcificaciones y con vascularización periférica correspondiente a un tiroides multinodular. No se identifican adenopatías sospechosas.

Orientación diagnóstica: Hipertirooidismo por enfermedad Graves-Basedow. Orbitopatía tiroidea.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia maligna. Feocromocitoma. Tirotoxicosis facticia. Tiroiditis. Enfermedad nodular tiroidea.

Comentario final: En pacientes con pérdida de peso como síntoma inicial e involuntario es importante realizar una anamnesis detallada ahondando en otros síntomas acompañantes que pueden resultar claves para la aproximación diagnóstica del hipertiroidismo. Al ser una enfermedad con síntomas muy floridos y limitantes, se recomienda iniciar tratamiento lo más pronto posible hasta que se pueda completar estudio para llegar al diagnóstico final. Es una patología fácilmente abordable desde nuestros Centros de Salud y por tanto siempre debemos estar alerta para reconocerla.

Bibliografía

1. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertiroidismo/>
2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7^a ed. Madrid: MSD; 2012.

Palabras clave: Hipertiroidismo. Orbitopatía.