



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1566 - HIPOTIROIDISMO POST YODO 131

R. Serrano Miralles<sup>a</sup>, Á. Baldonedo<sup>b</sup>, F. Sousa Sarmiento<sup>c</sup> y E. Grimaldi Miranda<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de La Vega. Huelva. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibraleón. Huelva. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 68 años en seguimiento por CCEE de endocrinología por hipertiroidismo desde diciembre 2012 hasta enero 2016, con clínica de nerviosismo y tratamiento con neotomizol, que en marzo 2017 presenta nuevo brote y se decide tratamiento definitivo con yodo 131 (octubre 2017). Sin controles posteriores. Acude a urgencias en marzo 2018 por astenia, malestar general, mareos y náuseas. En la exploración física se encuentra somnolienta, confusa y bradicárdica. Se objetiva hipotiroidismo e hiponatremia que ese corrige en urgencias y se empieza tratamiento sustitutivo. Acude a CCEE de endocrinología de forma urgente. Se reajusta tratamiento y se solicita PPCC. En AP la paciente continúa sintomática y en analítica de control se objetiva hiponatremia severa e hipopotasemia y se deriva a urgencias hospitalarias desde donde ingresa en Medicina Interna. En planta hospitalaria se consigue corrección hidroelectrolítica tras 9 días de ingreso.

**Exploración y pruebas complementarias:** Previo tratamiento definitivo (marzo 2017): TSH 0,000, T4 3,31. Postratamiento yodo131 (noviembre 2017): TSH 1,35, T4 1,15. En urgencias (marzo 2018): TSH 87,26, T4 0,4. En AP marzo 2018: Na 121, K 3,3. Al alta hospitalaria: TSH 0,6, Na 138, K 4,54. Ecografía tiroidea: tiroides heterogéneo, reducido de tamaño.

**Orientación diagnóstica:** Hiponatremia e hipopotasemia severas secundarias a hipotiroidismo postratamiento yodo 131.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome constitucional.

**Comentario final:** Importancia de seguimiento y control por parte de AP y AE del paciente con tratamiento con radioisótopos.

### Bibliografía

- Pedro Pineda B, Harold Michelsen D, Marcela Rivera C, et al. Tratamiento del hipertiroidismo con radioyodo: efecto de la dosis administrada sobre la función tiroidea y complicaciones asociadas. Rev Med Chile. 2000;128(5).

**Palabras clave:** Hipotiroidismo secundario.