

347/4363 - SEGUIMIENTO CLÍNICO DE HIPOTIROIDISMO PRIMARIO EN PACIENTE SIN TRATAMIENTO

A. Abril Rubio^a, P. Arjona González^a, N. Castillo Fernández^a y M. Kuhn González^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. ^bMédico de Familia. UGC Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 36 años sin antecedentes. Remitido a atención primaria en septiembre 2013 desde revisión de empresa por anemia normocítica normocrómica e hipercolesterolemia con LDL de 189 mg/dL. Se solicita analítica para descartar patología de bases. Cifras de TSH 100 ?UI/mL, T4 libre 0,3 pmol/L y anticuerpos antiperoxidasa positivos. Se diagnostica de hipotiroidismo, se inicia tratamiento con levotiroxina 100 ?g y se solicita análisis para control en 2 meses. El paciente no acude a consulta durante 3 años. Cuando vuelve se realiza nuevo análisis con TSH 100 ?UI/mL y T4 libre 0,9 pmol/L. El paciente asegura no presentar síntomas y realiza vida activa con ejercicio físico intenso. Se le indica la necesidad de retomar el tratamiento así como los riesgos posibles de rechazarlo. Se deriva a Endocrinología y Nutrición para búsqueda de etiología (pruebas no disponibles en Atención Primaria). Tras dos años de seguimiento es dado de alta con levotiroxina 175 mcg/día.

Exploración y pruebas complementarias: Palpación de pequeño nódulo lóbulo tiroideo derecho Análisis en 2013 con TSH 100 ?UI/mL, T4 Libre 0,3 pmol/L, anticuerpos antiperoxidasa 380 UI/mL. Análisis en 2016 TSH 100 ?UI/mL, T4 Libre 0,9 pmol/L. Ecografía tiroidea: patrón micronodular con nódulo de 12 mm en lóbulo tiroideo derecho.

Orientación diagnóstica: Hipotiroidismo primario autoinmune. Hipercolesterolemia.

Diagnóstico diferencial: Las alteraciones clínicas del hipotiroidismo pueden pasar desapercibidas. Debe realizarse diagnóstico diferencial con enfermedades del sistema endocrino como enfermedad de Addison e hipotiroidismo de origen central así como causas de hipotiroidismo primario, a destacar en nuestro medio déficit de yodo, fármacos, enfermedades infiltrantes, Iatrogenia, tiroiditis, hipotiroidismo por consumo.

Comentario final: El hipotiroidismo primario es una de las enfermedades endocrinológicas más prevalentes en nuestro medio. Ante una clínica de sospecha (astenia generalizada, alteraciones metabólicas...) hay que pedir TSH. El médico de familia debe ser el encargado del seguimiento.

Bibliografía

1. Sawka AM, Carty SE, Haugen BR, et al. American Thyroid Association Guidelines and Statements: Past, Present, and Future. *Thyroid*. 2018;28(6):692-706.
2. Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2013;57(4):265-91.

Palabras clave: Hipotiroidismo.