

424/1819 - TIROIDITIS SOSPECHOSA, DIAGNÓSTICO SORPRENDENTE

O. Casanueva Soler¹, M. Andreu Gosálbez², C. Raquel Bustillo³ y L. Moreno Suárez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ²Endocrinólogo. Hospital Sierrallana. Cantabria. ³Médico de Familia. Centro de Salud de Cebolla. Toledo. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años que acude a la consulta por dolor laterocervical derecho de 15 días de evolución, que no mejora con tratamiento convencional. Interrogándola, nos informa de que ha perdido 20 kg de peso en 8 meses. Como antecedente personal, presenta una tiroiditis crónica autoinmune de Hashimoto en tratamiento con Eutirox.

Exploración y pruebas complementarias: Se palpa agrandamiento de glándula tiroidea en lado derecho, muy firme y de consistencia elástica-endurecida, así como adenopatías pétreas laterocervicales derechas. Tras la primera consulta se realiza ecografía, en la que se observa un aumento de la glándula tiroidea de manera difusa pero más llamativo en el LTD, con signos de tiroiditis de ecoestructura quística; no observamos un nódulo dominante, únicamente se ve una lesión nodular de aproximadamente un centímetro, pero ecográficamente igual al resto de la glándula. Además se describieron múltiples adenopatías de aspecto patológico con pérdida de centro graso, de morfología redondeada e hipoeucogénicas distribuidos en todos los espacios laterocervicales derechos.

Orientación diagnóstica: Ante la sospecha de malignidad, se deriva a Endocrinología de forma preferente, completándose el estudio con diagnóstico de linfoma tiroideo primario. Este es un tipo raro de cáncer de tiroides (1-5%) con una incidencia anual de 2 casos por millón de personas, siendo en la mayoría de casos de estirpe no Hodgkin y caracterizándose por clínica compresiva debido a su rápido crecimiento (ronquera, disnea, dolor...).

Diagnóstico diferencial: 1. Tiroiditis aguda infecciosa/hemorrágica (no se corresponden con los hallazgos ecográficos del parénquima tiroideo además, faltarían factores de riesgo y clínica sistémica). 2. Tiroiditis subaguda de De Quervain es también una tiroiditis dolorosa, pero las adenopatías no perderían las características de reactividad. 3. Linfoma ganglionar primario con afectación tiroidea o linfoma primario tiroideo.

Comentario final: La precoz y correcta ecografía tiroidea ante los signos de alarma exploratorios han sido esenciales en el rápido manejo y diagnóstico del caso. Cabe recordar el antecedente de tiroiditis de Hashimoto como factor de riesgo del linfoma tiroideo.

Bibliografía

1. Moraleda Jiménez JM. Pregrado de Hematología, 4^a ed. Sociedad Española de Hematología y Hematoterapia. 2017.
2. Lazarus JH. Chronic (Hashimoto's) thyroiditis. In: Jameson JL, DeGroot LJ. Endocrinology, 6th ed, 2010; p. 1583-94.

Palabras clave: Tiroiditis. Adenopatías. Linfoma.