



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

## 482/284 - REENCUADRE DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: DE LO FRECUENTE A LO INUSUAL

A. Sánchez Sempere<sup>1</sup>, M. Rodríguez Posada<sup>1</sup>, M. Castelo Jurado<sup>2</sup> y L. Aliaga Gutiérrez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gandhi. Madrid. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federica Montseny. Madrid. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Sevilla la Nueva. Sevilla La Nueva. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 26 años, fumador. Acude sin cita a su médico de Atención Primaria (AP) por persistencia de síntomas (malestar, fiebre y odinofagia) tras diagnóstico de faringitis aguda en Urgencias hace unos días. Diarrea en semanas previas. Demanda antibioterapia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Inspección: delgadez, temblor fino distal, ictericia subconjuntival. Temperatura: 37,4 °C. Piel caliente levemente húmeda. Faringe: normal. Cuello: no adenopatías cervicales. Tiroides ligeramente aumentado de tamaño, de consistencia firme, indoloro, sin nódulos palpables. AC: taquicardia a 132 lpm sin soplos. TA: 120/67 mmHg. Abdomen: normal. ECG: taquicardia sinusal. Conociendo el médico los antecedentes familiares (madre: hipotiroidismo autoinmune; hermana: enfermedad celíaca, hipotiroidismo subclínico) decide realizar ecografía de urgencia en la consulta y solicitar analítica urgente con estudio tiroideo. Eco: bocio difuso. Parénquima homogéneo de ecogenicidad normal, sin lesiones en su interior. Vascularización aumentada a nivel global (Doppler) compatible con tormenta tiroidea. Iniciamos tratamiento con propranolol. Avisan de laboratorio 24h después por T3L 30 pg/ml, T4L 3,59 ng/dl TSH 0. No leucocitosis, PCR 4. Estudio de celiaquía negativo. Ac. antimicrosomas (TPO) 416 UI/ml Ac. anti-tiroglobulina 449 UI/ml. Añadimos metimazol 10 mg/12h al tratamiento, remitiéndole a Endocrinología.

**Orientación diagnóstica:** Las imágenes ecográficas de tormenta tiroidea hacen sospechar crisis tirotóxica en el contexto de enfermedad de Graves Basedow.

**Diagnóstico diferencial:** Tiroiditis aguda, subaguda o linfocitaria, adenoma tóxico, bocio multinodular tóxico.

**Comentario final:** La exploración ORL anodina no es compatible con faringitis aguda. La diarrea, temblor fino distal o taquicardia desproporcionada a la fiebre tampoco se ajustan al diagnóstico. Esto obliga a un reencuadre y a ampliar la búsqueda. Un abordaje familiar contribuyó a sospechar patología tiroidea/autoinmune. El acceso y manejo de la ecografía en AP, permitieron un diagnóstico rápido, fundamental puesto que la tormenta tiroidea es una urgencia endocrinológica infrecuente (0,2 casos/100.000 habitantes/año), pero con elevada mortalidad (10-30%) que disminuye si se actúa tempranamente.

### Bibliografía

1. Hurtado Rebollo L, Travieso Blanco P, Ortiz Anglada RG. Lo que parecía un brote de gastroenteritis en una unidad familiar... EuroEco. 2013;4(2):48-53.

2. Borraz Ordás C, Adloff Alonso A, Modregro Pardo I, Jover Fernández A. Tormenta de signos y síntomas en mujer joven. Aten Prim Pract. 2019;1(4):61-3.

**Palabras clave:** Reencuadre diagnóstico. Tormenta tiroidea.