



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 377/32 - DOCTORA, NO SÉ QUÉ ME PASA

C. López Ballesta<sup>1</sup>, M. Pastor Hidalgo<sup>1</sup>, M. Perez del Val<sup>2</sup>, J. Domínguez Carrasco<sup>3</sup>, M. Alba Magriz<sup>4</sup>, J. Brioso Rodríguez<sup>5</sup>, T. Sanchez Hernandez<sup>2</sup>, S. Moreno López De Lerma<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parada del Molino. Zamora. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Parada del Molino. Zamora. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Sevilla. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 50 años, profesor que trabaja a 120 km de casa, pasa la semana fuera y ha tenido varios episodios de baja laboral. Sin alergias a fármacos. Con antecedentes personales de trastorno bipolar en tratamiento con litio. No hábitos tóxicos, amigdalectomizado, pólipos en cuerdas vocales. Consulta por disfonía y sequedad faríngea acompañado de nerviosismo y cansancio inusual de 3 meses de evolución. Una semana después acude por la misma clínica acompañada de febrícula, solicitamos interconsulta a otorrinolaringología y se pauta antibiótico con revisión a los 7 días, tras los cuales presenta malestar general y refiere pérdida de más de 6 kilos en las últimas dos semanas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Peso: 89.3 kg, Talla: 178 cm, TA: 130/80 mmHg, FC: 104 lpm. Exploración cervical: Bocio bilateral de consistencia elástica sin delimitar claramente nódulos. No signos de oftalmopatía. Faringe ligeramente hiperémica sin placas ni exudados. Otoscopia sin alteraciones. Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Rítmico sin soplos. Abdomen sin alteraciones. Resto de la exploración sin alteraciones. Analítica (21/05/17). Hb: 12.9, hto: 39.8%, VSG: 52, PCR: 45, TSH: 0.01 Mu/L, T4 libre > 7.7 ng/dl, litio: 0.75 meq/l. Marcadores tumorales negativos. Prescribimos propranolol 20 mg/12 horas y metimazol 5 mg/8 horas con interconsulta a endocrinología para completar estudio y a la semana repetimos analítica. Analítica (28/05/17): TSH: 0.01 Mu/l, T4 libre: 5.52 mg/dl. El paciente refiere importante mejoría clínica, se sube dosis de metimazol a 10 mg/8 h para completar control. Ecografía tiroides (18/06/17): Tiroides ligeramente aumentado de tamaño con parénquima heterogéneo sin nódulos, aumento de vascularización discreta de forma bilateral. Analítica (9/7/17) en consulta de endocrinología: Hemograma normal. Ac TSI0.3 UI/l, Ac TG: 69, Ac TPO:14, TSH: 2.50 Mu/l, T4 libre: 0.50 ng/dl, T3 libre: 2.22 ng/l. Revisión en consulta de endocrinología (16/7/17): Peso 93.9 kg, adecuada respuesta al tratamiento antitiroideo. A la vista de la evolución rápida a normofunción y la ausencia de inmunidad específica se diagnostica como una probable tiroiditis subaguda aunque el paciente no presentó clínica de dolor local típico. Se retira tratamiento antitiroideo en septiembre.

**Juicio clínico:** Hipertiroidismo

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia maligna, trastornos neuromusculares, nódulos en cuerda vocal, amiloidosis, sarcoidosis, acromegalia, reflujo gastroesofágico.

**Comentario final:** Aunque la disfonía es una manifestación poco común en el diagnóstico del hipertiroidismo, puede estar presente. Los pacientes con este cuadro clínico son siempre susceptibles de estudio especializado aunque nosotros podemos, dentro de nuestras posibilidades, estudiar y tratar el cuadro mientras tanto. El caso que nos ocupa se resolvió sin un diagnóstico preciso, el endocrinólogo se inclinaba por una tiroiditis subaguda, sin descartar que se tratara de una Enfermedad de Graves seronegativa; otra posibilidad sería una tiroiditis linfocítica cuyo riesgo en los tratados con litio es 4-5 veces superior y que excepcionalmente puede cursar con hipertiroidismo.

## Bibliografía

Bahn R, Burch H, Cooper D, Garber J, Greenle C, Klein I, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologist. *Endocr Pract.* 2011;7:1-46.