

377/41 - LO QUE OCULTA UN GRAVES

A. Álvarez Madrigal¹, M. Piro², E. Santos Ferreras¹, J. Estopá Valladares³, P. Fernández de la Mata², I. Ramiro Bejarano¹, J. Estopa Dueso².

¹Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ²Centro de Salud José Aguado I. León. ³Centro de Salud Juncal. Torrejón de Ardoz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años, con antecedentes de HTA, dislipemia, hemocromatosis hereditaria, esclerosis múltiple, acude a consulta de Atención Primaria por cuadro de 2 meses de evolución, caracterizado por disfonía, odinofagia, intolerancia al calor y pérdida de peso acompañado de palpitaciones, nerviosismo y mayor intolerancia al calor. La piel era fina y húmeda, y refiere un aumento del tamaño del cuello.

Exploración y pruebas complementarias: PA: 140/80 mmHg, FC: 110 lpm e IMC: 21 kg/m². El paciente tenía moderado exoftalmos bilateral y la glándula tiroideas estaba aumentada de tamaño de forma difusa, era asimétrica por la presencia de un nódulo, de consistencia dura, no doloroso a la palpación, en el lóbulo izquierdo. Además, se palpaban ganglios linfáticos laterocervicales aumentados de tamaño, no dolorosos. La analítica mostró TSH 0,01, T4 libre 3,45 y T3 total 4,33. Los anticuerpos antiTPO y antiTg fueron negativos. La ecografía de tiroides confirmó la presencia de un nódulo sólido (1,3 x 1,6 cm) en el lóbulo izquierdo y ganglios linfáticos aumentados de tamaño en la cadena carotídea izquierda. Se inicio tratamiento con tiamazol 30 mg y propanolol 30 mg y se derivó a consulta de endocrino de forma preferente. Se realizó gammagrafía de tiroides con resultado de nódulo hipocaptador (nódulo frío), siendo el resto de la glándula hipercaptadora. Se realizó biopsia por aspiración con aguja fina, cuyo resultado fue sugerente de cáncer papilar de tiroides. Después de 4 semanas de tratamiento, el paciente fue sometido a una tiroidectomía total y recibió terapia ablativa con I-131. Su evolución clínica ha sido favorable.

Juicio clínico: Enfermedad de Graves-Basedow y Cáncer de Tiroides.

Diagnóstico diferencial: Bocio multinodular tóxico/Tiroiditis de Hashimoto/Nódulo solitario hiperfuncionante.

Comentario final: La enfermedad de Graves(EG) es la causa más frecuente de hipertiroidismo aunque también puede ser producido por el bocio nodular tóxico, y en menor frecuencia por el nódulo solitario hiperfuncionante. Por otro lado, la presencia de nódulos tiroideos es frecuente en la EG . En un 30% de los casos de EG, se pueden detectar nódulos tiroideos palpables y hasta en 50% de los casos, cuando se realiza una ecografía tiroidea. La coexistencia de EG y cáncer de tiroides, se considera poco frecuente, sin embargo se está incrementando y el riesgo de recurrencia es mayor, si se compara con pacientes eutiroideos. El tratamiento del cáncer de tiroides en pacientes con EG es similar al de los pacientes eutiroideos, y debe incluir la tiroidectomía total con exploración ganglionar. Como conclusión, podemos decir que desde Atención Primaria se recomienda el uso de ecografía tiroidea en todos los pacientes con EG, especialmente en aquellos que presentan nódulos palpables y la derivación de forma preferente o urgente a endocrino.

Bibliografía

Harrison. Principios de Medicina Interna 17^a edición (2006). Capítulo 335. Trastornos de la glándula tiroides.

Cooper D, McDermott M, Wartofsky L. Hipertiroidismo. JCEM 2006; 91 (7): 2.467-2.810.