



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

333/176 - DOLOR DE GARGANTA CON FIEBRE, ¿QUÉ MÁS PUEDE SER?

P. Pacheco Bacuilima¹, O. Linares Fumero², R. Corio Andújar³.

¹Médico Residente de 4º año. ABS Martí i Julià. Barcelona. ²Médico Residente de 2º año. ABS Martí i Julià. Barcelona. ³Médico de Familia. ABS Martí i Julià. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 47 años, sin antecedentes, consulta por 4 días de fiebre, orientándose como faringitis con tratamiento analgésicos e hidratación. Reconsulta tras 2 días por sumarse taquicardia y dolor torácico. Reinterrogandola refiere además astenia, pérdida de 5 kg, intolerancia al calor e inapetencia desde hace 2 semanas.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 128/88 mmHg, FC: 108 lpm, FR: 18 rpm, Tº: 38.2°C, SatO2: 98%, faringe eritematosa, dolor en palpación de lóbulo tiroideo derecho, AC: taquicardia sin soplos. Hb: 10.8 g/dL; Leucocitos: 11.800/mm; Neutrófilos: 73 %; Linfocitos 16%; Plaquetas: 458.000; VSG: 110 mm/h; PCR: 60.5 mg/L, TSH: 0.02 mU/L; FT4: 52.32 pmol/L, anti-TPO: normales. ECG: taquicardia sinusal a 108 lpm.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda.

Diagnóstico diferencial: Faringitis, esofagitis, otitis media. Abscesos dentales. Síndrome de la articulación temporomandibular.. Tiroiditis autoinmunes, piogénicas, Enfermedad de Graves. Hemorragia nódulo tiroideo. Carcinoma tiroides.

Comentario final: La tiroiditis subaguda o de Quervain, es un proceso viral autolimitado (6 semanas a 6 meses). Etiología: virus de influenza, Epstein-Barr, coxsackie, adenovirus, ECHO. Se produce infiltrado inflamatorio con formación de pseudocélulas gigantes y destrucción del epitelio folicular tiroideo con fibrosis y regeneración posterior. Cursa con pródromos de virasis en brotes, se da más en verano-otoño, con predisposición genética al asociar HLA-BW35. Síntomas y signos: taquicardia y pulso fuerte, febrícula, malestar general, odinofagia, disfagia, dolor unilateral anterior cuello con aumento de glándula unilateralmente, piel sudorosa. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia, VSG: aumentada. TSH baja y elevación de FT4 o FT3, en gammagrafía tiroidea glándula "parcheada" con captación Tc99 baja. En el tratamiento se describe mayor eficacia de los corticoides; pero sus efectos secundarios son mayores, por eso se trata primero con AINE. Si hay sintomatología hipertiroides se puede añadir propranolol 20 mg. No iniciar tratamiento con antitiroideos debido a que la tiroiditis causa la liberación brusca de la reserva hormonal sin haber hiperproducción de hormona.

Bibliografía

Cano Pérez, JF, et al. Patología Tiroidea: En Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. 7ª ed.: Barcelona: Elsevier; 2014. p.755-778.

Comas Fuentes, A. Tiroiditis, Fisterra. Guías clínicas. 2014. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/tiroiditis/>

Palabras clave: Fiebre, taquicardia, odinofagia, tiroiditis.