



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/414 - ODINOFAGIA RESISTENTE

P. Machado Fernández^a, A. Ismaili^b, b. Henares Sánchez^c, C. Jiménez Peiró^a, M. Reyes Castro^d y C. Cossío Álvarez^e

^aMédico Residente de 2º año. ABS Martorell. Barcelona. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell. Barcelona. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell. Barcelona. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Martorell. Barcelona. ^eMédico Residente de 4º año. ABS Martorell. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años, sin antecedentes personales de interés, acude a nuestra consulta por odinofagia de dos meses de evolución, desde hace una semana afebril. No ha presentado afonía pero sí astenia y pérdida de 3 kilos. Ha consultado en varias ocasiones por odinofagia y fiebre a los servicios de urgencias. La primera vez fue tratada con anti-térmicos pero en visitas sucesivas dada la persistencia de fiebre, se cubrió con amoxicilina-clavulánico. Desde el servicio de urgencias la AS, la Rx de tórax y el sedimento urinario resultaron normales.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, normotensa, normocoloreada, afebril Orofaringe hiperémica, no adenopatías, dolor a la palpación latero cervical izquierda Otoscopia normal ACR: rítmica, no soplos, mvc Se solicita una nueva analítica: Paul-Bunell negativo, VSG 100, PCR 58, TSH 0,02 T4 normal y posteriormente una ecografía tiroidea: lóbulos: derecho $13 \times 13 \times 2$ mm, izquierdo $14 \times 15 \times 32$ mm; istmo 35 mm. Parénquima tiroideo hipoeocoico, con cápsula poco visible con un nódulo hiperecoico de 5 mm en istmo/LTI. No se observan adenopatías locales Conclusión: tiroiditis con un nódulo aislado.

Juicio clínico: Con orientación diagnóstica de faringitis bacteriana, con pruebas complementarias de urgencias dentro de la normalidad, sin respuesta al tratamiento y con la exploración de un posible bocio, se decide realizar analítica incluyendo hormonas y anticuerpos tiroideos junto con ecografía del mismo. Una vez confirmado el diagnóstico de tiroiditis subaguda con presencia de hipertiroidismo subclínico y anticuerpos negativos, se continúa con tratamiento sintomático sin necesidad de uso de medicación tiroidea, hasta quedar la paciente asintomática. Se citó a la paciente a los 3 meses con una nueva analítica. La paciente persistía asintomática y la función tiroidea se había normalizado.

Diagnóstico diferencial: Amigdalitisitis. Otitis. Odontalgia. Mononucleosis. Otras tiroiditis.

Comentario final: Ante un paciente con odinofagia, cuya clínica persiste pese a tratamiento, se ha de reevaluar al paciente con una anamnesis completa, nueva exploración física, así como complementar con las pruebas necesarias, para pensar en otras posibles causas, más allá de las más habituales.

Bibliografía

1. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/tiroiditis/Noviembre 2.>
<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-thyroiditis>