



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

452/19 - NADIE PIENSA EN EL TIROIDES

C. Izquierdo Rodríguez¹, N. Lanau Bellosta¹, B. Valle Salazar¹, M. del Pueyo Parra², P. Coomonte Túnez¹, P. Isarre García de Jalón²

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. ²Centro de Salud Bombarda. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés. Consulta en Atención Primaria por dolor cervical anterior de 4 días de evolución acompañado de febrícula. No odinofagia o disfagia. No afonía. No tos. No disnea. Niega otra sintomatología asociada. Se solicitan pruebas complementarias desde la consulta, siendo remitida a Endocrino con sospecha de hipertiroidismo subclínico vs tiroiditis subaguda. No precisó tratamiento pues la paciente evolucionó espontáneamente a la resolución encontrándose eutiroidea en controles posteriores.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. No dificultad respiratoria ni estridor. Saturación O₂ 100%. Orofaringe anodina. Palpación cervical anterior dolorosa, tiroides aumentado de tamaño en ambos lóbulos sin palparse nódulos. No se palpan adenopatías. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos, normoventilación. Desde consulta se solicita analítica sanguínea básica con TSH, T4 libre, anticuerpos anti-tiroideos (ATA) y anticuerpos anti-receptor TSH (TBII), así como ecografía y gammagrafía tiroideas. En analítica destacan TSH suprimida con T4 libre ligeramente elevada, ATA negativos, TBII ligeramente positivos, VSG y PCR elevadas. En ecografía, tiroides discretamente aumentado de tamaño con ecoestructura homogénea, escasa vascularización y nódulo hipoeocoico de 3 mm en lóbulo derecho. La gammagrafía tiroidea revela disminución significativa de captación de trazador a nivel de parénquima tiroideo.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda.

Diagnóstico diferencial: Las principales alternativas diagnósticas son la tiroiditis aguda infecciosa, la enfermedad de Graves y la hemorragia nodular tiroidea. Los hallazgos que apoyarían el diagnóstico de tiroiditis subaguda serían el curso clínico típico acompañado de disfunción tiroidea junto con hipocaptación gammagráfica e hipoeogenicidad parenquimatosa con vascularización disminuida en la ecografía. En el caso de una tiroiditis supurada, no es frecuente encontrar disfunción tiroidea, siendo característico el hallazgo de un nódulo frío en la gammagrafía. Por otro lado, en la enfermedad de Graves se encontraría una clara elevación de anticuerpos tiroideos, así como hipercaptación parenquimatosa difusa en la gammagrafía con signos de hipervasculares en la ecografía. La hemorragia nodular no presentaría el componente inflamatorio característico de la tiroiditis.

Comentario final: La tiroiditis subaguda de De Quervain es la causa más frecuente de dolor tiroideo. Constituye una patología rara por lo que es necesario un alto índice de sospecha. El diagnóstico se basa en la clínica apoyado por los hallazgos en las exploraciones complementarias. Hay que sospechar esta entidad en

pacientes con dolor cervical anterior que asocien alteraciones en la función tiroidea y elevación de reactantes de fase aguda. Desde Atención Primaria, es posible utilizar la ecografía como herramienta para el diagnóstico diferencial de patología tiroidea. El tratamiento es sintomático con antiinflamatorios e incluso corticoterapia sistémica pudiendo requerir, en ocasiones, el manejo temporal de los síntomas de disfunción tiroidea. En la mayoría de los casos, el pronóstico es excelente evolucionando hacia la normalización de la función tiroidea en el 95% de los casos.

Bibliografía

Louro González A, Núñez Vázquez A, Cordido Carballido F, Gómez Gómez N, Lois Rodríguez M, Cordido Carro M. Patología tiroidea en atención primaria. FMC. 2016;23:5-33.

Galofré JC, Pineda J, Toni M, Anda E. Tiroiditis. Medicine. 2013;12:742-53.

Palabras clave: Tiroiditis. Hipertiroidismo. Hipotiroidismo.