



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1736 - INERCIA EN EL SEGUIMIENTO. NO ES LO MISMO HIPOTIROIDISMO PRIMARIO QUE CENTRAL

M.I. Salinas Pérez^a, E.F. Nortes Cañizares^b, E. Navarro Cabrera^a y C. Guillén Montiel^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Doctor Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orihuela I. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Paciente con déficit de TSH por un hipotiroidismo secundario tras intervención de adenoma de hipófisis hace 14 años, a la que se le redujo la dosis de hormonas tiroideas durante un mes por error. El motivo fue seguir la rutina habitual de monitorización de tratamiento de hipotiroidismo primario, que supone el 95% de las consultas en atención primaria, sin pensar en la causa.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física de la paciente fue completamente normal y los resultados de laboratorio no mostraron ninguna alteración. RMN cerebral: desviación del tallo hipofisario hacia la derecha. Crecimiento paraselar izquierdo. Posibles restos hipofisarios.

Juicio clínico: El hipotiroidismo es una de las endocrinopatías más frecuentes, siendo en el 95% de los casos de causa tiroidea. No debemos olvidar que en un 5% de los casos la causa del hipotiroidismo es central siendo de elección en estos casos las cifras de T4 libre, que deben mantenerse en el límite superior de la normalidad (8,5 µg/dl). La analítica básica con hemograma y bioquímica dentro de los parámetros normales, TSH de 0,17 Uu/ml y las cifras de T3 de 0,25 µg/dl también ayudan en el manejo de la enfermedad.

Diagnóstico diferencial: Ante la sospecha clínica de hipotiroidismo determinaremos las cifras de TSH. La TSH normal o disminuida junto a cifras de T4 disminuidas nos orientarían hacia un hipotiroidismo central. Entre las causas encontramos tumores hipofisarios o cerebrales, procesos infecciosos o infiltrativos, causas vasculares, traumatismos, y como en nuestro caso, procesos quirúrgicos.

Comentario final: Muchas veces la gran carga asistencial de la atención primaria y la prevalencia de una u otras patologías puede hacer que cometamos errores. No debemos olvidar nunca centrarnos en el paciente que tenemos delante y en la fisiopatología de su enfermedad, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento.

Bibliografía

1. Ross DS. Central hypothyroidism. Uptodate, 2015.

2. Botella JI, Valero MA, Beato P, Cánovas B, Martín I, Álvarez F. García G, et al. Manual de Endocrinología y Nutrición. Novo Nordisk Lab. 2008.

Palabras clave: *Hipotiroidismo central. Inercia de seguimiento.*