



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3003 - ¿CONOCE EL DIAGNÓSTICO? PIDA TSH

M.J. Labrador Hernández^a, G.A. Sgaramella^b, R.D. Rojas Valdivie^c, M.P. Carlos González^d, N. Santos Méndez^e, V. Acosta Ramón^d, L. Alli Alonso^f, V.E. Choquehuanca Núñez^g, J.L. Cepeda^h y A.M. González Pedrajaⁱ

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. ^bMédico de Familia. Hospitalización a Domicilio; ^cMédico Residente de Medicina Intensiva; ⁱMédico de Familia. Urgencias. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ^eCentro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 34 años que acude a consultas de Atención Primaria por cuadro de dos semanas de evolución de insomnio, palpitaciones, nerviosismo, dolor abdominal, prurito generalizado e intolerancia al calor. AP: enfermedad de Graves en tratamiento con tirodril hasta hace 8 meses. Alérgica a mebendazol.

Exploración y pruebas complementarias: T: 37,5 °C; FC 120 lpm; FR 36 rpm; TA 112/72 mmHg. Buen estado general, hidratada, taquipneica. Cuello: tiroides visible y palpable. AC: rítmicos, taquicárdicos no soplos. AP: normal. Abdomen: blando, doloroso a la palpación generalizada, no visceromegalias. Neurológico: consciente, ansiosa y verborreica. Pruebas complementarias: Hemograma: leucocitos: 3.400; resto normal. Bioquímica: normal. PCR < 0,1 mg/dl. Hormonas: TSH < 0,005; T4L: > 7,7 ng/dl. Ac. anti-peroxidasa tiroidea 169,00 UI/ml; Ac. antireceptor TSI 0,90 U/L. Electrocardiograma: taquicardia sinusal.

Juicio clínico: Crisis tirotóxica.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad. Feocromocitoma. Síndrome neuroléptico maligno. Toxicidad por anticolinérgicos.

Comentario final: La tormenta tiroidea o crisis tirotóxica (CT) es una emergencia médica que produce un agravamiento extremo de los síntomas del hipertiroidismo, que, aunque poco frecuente, conlleva un riesgo vital. Aparece en un 1-2% de los casos de hipertiroidismo y su mortalidad se estima entre el 20-30%. Es más frecuente en mujeres. La presentación clínica abarca un espectro muy amplio de manifestaciones cardiovasculares, neurológicas, digestivas y termorreguladoras; aunque en muchos casos la presentación clínica es inespecífica, lo que conlleva un retraso en el diagnóstico; por lo tanto el conocimiento, diagnóstico y tratamiento temprano de esta entidad son esenciales en la reducción de la morbimortalidad asociada.

Bibliografía

1. Nayak B, Burman K. Thyrotoxicosis and thyroid storm. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2006;35:663-86.
2. Argelich R, Nogué-Xarau S, García-Segarra G, Fernández-Monrás F. Cardiopatía tirotóxica reversible secundaria a tirotoxicosis facticia. *Med Clin (Barc).* 2009;133:763-5.
3. Dahl P, Danzi S, Klein I. Thyrotoxic cardiac disease. *Curr Heart Fail Rep.* 2008;5:170-6.
4. Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, Garber JR, Greenlee MC, Klein I, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid.* 2011;21:18-9.

Palabras clave: *Palpitaciones. Nerviosismo. Hipertiroidismo.*