



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 482/1564 - OFTALMOSCOPIA. HALLAZGO INICIAL EN LA ENFERMEDAD DE GRAVES BASEDOW

M. Chamorro Fúnez<sup>1</sup>, J. Antón Bergillos<sup>2</sup> y L. García Marco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca 2. Cuenca. <sup>2</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca 1. Cuenca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 21 años sin antecedentes de interés. Acude a consulta por cefalea hemicraneal derecha opresiva de un mes de evolución con respuesta parcial a ibuprofeno y paracetamol. Se acompaña de dolor en región periocular derecha con ptosis palpebral ipsilateral, inyección conjuntival, lagrimeo sin rinorrea. En la exploración observamos ligero exoftalmos contralateral que pasa desapercibido por la ptosis de ojo derecho. Los episodios de cefalea son de intensidad variable, cada dos días a distintas horas, no fotofobia, no sonofobia, no aura, no náuseas, no vómitos. No disminución de agudeza visual, no diplopía. Ligera astenia y torpeza mental, sin otra sintomatología acompañante. Principal sospecha diagnóstica, enfermedad de Graves Basedow. Realizamos analítica con perfil hormonal, objetivando alteraciones hipertiroides. Iniciamos tratamiento con tiamazol cada 12h. Solicitamos ecografía tiroidea e interconsulta con endocrinología y oftalmología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración cabeza y cuello: sin hallazgos patológicos. Exploración neurológica: Reflejos osteotendinosos algo vivos con respuesta clonoide en reflejo aquileo izquierdo, resto de exploración sin hallazgos patológicos. Exploración oftalmológica: ojo derecho: leve ptosis palpebral no fatigable, hiperemia conjuntival difusa, cornea transparente, no dolor a la retropulsión. Ojo izquierdo: retracción palpebral leve. Fondo de ojo bilateral: no papiledema. Exploración en resto de aparatos: sin hallazgos patológicos. Analítica: TSH < 0,008, T4 libre 1,61, T3 4,14. Ac Anti-TPO normales, Anti TSH positivos.

**Orientación diagnóstica:** Enfermedad de Graves Basedow.

**Diagnóstico diferencial:** Bocio tóxico multinodular, adenoma tóxico, hipotiroidismo asociado a tiroiditis de Hashimoto, tumor orbitario, síndrome de Sjögren, lipomatosis orbitaria, miopatía magna.

**Comentario final:** La patología tiroidea es muy común en nuestras consultas pero debido a su gran variedad de manifestaciones clínicas, puede ser compleja su orientación diagnóstica. Con respecto al hipertiroidismo la causa más frecuente es la enfermedad de Graves Basedow cursa con oftalmopatía generalmente indolora, dependiendo de si el cuadro es muy agudo y el grado de infiltración. Ante la sospecha, siempre realizar determinación de hormonas tiroideas, anticuerpos y ampliar estudio con ecografía tiroidea.

## **Bibliografía**

1. Rebecca S Bahn. Graves' ophthalmopathy. N Engl J Med. 2010;362(8):726-38.
2. Subekti I, Aswin Pramono L. Current Diagnosis and Management of Graves' Disease. Acta Med Indones. 2018;50(2):177-82.

**Palabras clave:** Enfermedad de Graves. Hipertiroidismo. Oftalmopatía de Graves.