



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

349/19 - ADOLESCENTE CON AUMENTO DE PESO

I. Pérez Valero¹; T. Gil Pérez¹; A. González Albert¹; M. Vilanova Barceló²; M. González Lozano¹; I. García de León Sánchez¹.

¹Médico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Murcia.; ²Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Mariano Yago. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Chica de 15 años que acude acompañada por su madre a la consulta refiriendo cansancio, aumento de 7 kg de peso en los últimos 12 meses y dolor e inflamación de ambas rodillas tras practicar ballet. Antecedentes médicos: intervenida de malrotación intestinal en la infancia. Antecedentes familiares: abuela y tía paternas hipotiroidismo. Tras recibir resultados de análisis con elevación de TSH se inicia tratamiento con levotiroxina 50 mcg diario y se decide interconsulta a endocrinología dada la edad de la paciente. Es evaluada por endocrino a los 3 meses de iniciar tratamiento y aumenta levotiroxina 75 mcg diario. En controles posteriores eutiroides, alta por parte de endocrinología, recomendando control semestral de hormonas tiroideas.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: rodillas sin signos inflamatorios, movilidad conservada. Se observa engrosamiento del cuello, palpando tiroides aumentado de tamaño, de superficie irregular, indoloro. Se solicita análisis y ecografía de tiroides. En análisis TSH 20.27, T4L 0.93. Anti-TPO 967 (++) , Anti-TGB 59 (+). VSG 17. Análisis de control al mes: TSH 10.64, T4L 1.22. Ecografía de tiroides: glándula tiroidea aumentada de tamaño. En el lóbulo derecho se identifica un nódulo ecogénico de 6 mm de diámetro, situado inmediatamente adyacente a la carótida común. Alteraciones sugestivas de enfermedad inflamatoria tiroidea. La punción del nódulo del LD no es aconsejable por la proximidad a la ACC. Análisis de control a los 3 meses: TSH 5.7 y T4L 1.20. Está asintomática, ha disminuido el volumen cervical y ha perdido 3 kg de peso.

Juicio clínico: Hipotiroidismo primario autoinmune.

Diagnóstico diferencial: Defecto biosintético hereditario de tiroides. Transmisión materna de yodo o anti-tiroideos. Déficit de yodo. Yatrógeno. Tiroiditis crónica de Hashimoto. Tiroiditis autoinmune atrófica.

Comentario final: El hipotiroidismo es una enfermedad multisistémica con síntomas inespecíficos, pero siempre sospecharla ante un adolescente que consulta por cansancio y problemas de peso. Siendo la tiroiditis autoinmune la causa más frecuente de hipotiroidismo en adolescentes en nuestro medio.

Bibliografía

Fisterra. Guía clínica hipotiroidismo. Actualizado en 2013. Disponible en <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipotiroidismo/>

Fisterra. Guía manejo del nódulo tiroideo. Actualizado en 2017. Disponible en <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-nodulo-tiroideo/index.asp>

573. López, M.T. Rollán, M.J. Bedoya, C. García. Evaluación de un protocolo de derivación de enfermedad tiroidea en nuestra área sanitaria. Semergen. 2017; 43(8):569-573.