



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/392 - BOCIO EN ATENCIÓN PRIMARIA: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA, CORRECTA DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO

A. García Pérez^a, A. Pérez Santamaría^b, S. Rodrigo González^c, E. González Caldito^d, D. Gajate Herrero^e y A. de Dios Vicente^a

^aMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. ^bMédico Residente. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^cMédico Residente. Centro de Salud Casto Prieto. Salamanca. ^dMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud La Calzada II. Gijón. Asturias. ^eMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 15 años, estudiante, residente en zona urbana, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude a consulta acompañada por su madre por aparición de tumoración blanda en cara anterior de cuello desde hace una semana. Niega cambios de tamaño desde entonces, dolor o signos inflamatorios. Anamnesis por aparatos sin hallazgos de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Biotipo leptosómico. Constantes vitales normales. Índice de masa corporal 17,06. Cabeza y cuello: Bocio grado 2, localizado en línea media inferior de región cervical anterior, con forma de mariposa, simétrico, de consistencia blanda, no doloroso a la palpación y no adherido a planos profundos, que asciende y desciende con la deglución. No se aprecian adenopatías laterocervicales. Signo de Marañón y de Pebertom negativos. No se aprecia frémito ni soplo. Signo de Berry negativo. No se aprecia oftalmopatía. Cavidad orofaríngea, auscultación cardiopulmonar y abdominal y extremidades: sin hallazgos de interés. Se solicita analítica con hemograma, bioquímica básica y perfil tiroideo. Se detecta T4 Libre de 2,21 ng/dl, TSH abolida. Ante la sospecha de hipertiroidismo primario se solicitan nuevos controles hormonales, junto con determinación de anticuerpos antitiroideos. La nueva analítica confirma el hipertiroidismo primario de probable etiología autoinmune: tanto los anticuerpos anti-peroxidasa, anti-tiroglobulina como los anti-receptor de TSH resultaron positivos. Se solicita interconsulta al servicio de Endocrinología para la realización de pruebas de imagen. Se efectúa una exploración ecográfica tiroidea que revela un tiroides ligeramente aumentado, con estructura heterogénea, imágenes pseudonodulares hipocogénicas mal definidas y con aumento difuso de la vascularización con Doppler color.

Juicio clínico: Enfermedad de Graves.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Graves, adenoma nodular tóxico, bocio multinodular tóxico.

Comentario final: 20 días después de la primera consulta concluimos que la paciente cumple criterios de enfermedad de Graves por lo que comienza a ser tratada con metimazol 5 mg cada 8

horas. Una semana después acude a consulta por palpitaciones. Se realiza electrocardiograma que detecta taquicardia sinusal a 115 latidos por minuto por lo que se pauta atenolol 25 mg cada 24 horas con remisión de los síntomas.

Bibliografía

1. Casado Vicente V. Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria, 2ª ed. Barcelona: Editorial Medica Panamericana, 2012.