



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/77 - DOCTOR, ME HAN DICHO QUE ME TIEMBLAN LAS PIERNAS

M. Caballero Sánchez^a, J. Caballero Cánovas^b, A. Zaragoza Ripoll^c, A. Cayuela López^d, P. Mesequer García^a y R. de Mena Poveda^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Este. Murcia. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años, sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes médicos de interés, que acudió a la consulta de Atención Primaria tras ser derivado del servicio de Radiología por temblor en miembros inferiores al realizar una resonancia magnética por una gonalgia derecha. Además, el paciente refiere insomnio, nerviosismo y temblor de manos de más de tres meses de evolución. Se realizó una exploración física exhaustiva, una exploración complementaria y se instauró tratamiento con propranolol 40 mg cada 8 horas para la mejora de los síntomas adrenérgicos encontrados.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientado. Tensión arterial de 136/61 mmHg. Frecuencia cardiaca de 108 lpm. Saturación de oxígeno del 98%. Temperatura corporal de 35,8 °C. Auscultación cardiaca: rítmico, sin soplos, taquicárdico. Auscultación pulmonar: sin ruidos respiratorios patológicos. Cabeza y cuello: sin alteraciones significativas. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin organomegalias. Neurología: sin signos de focalidad aguda. Extremidades: sin edemas. En análisis de sangre destaca alteración del perfil tiroideo con TSH de 0,01 uUI/ml (VN: 0,27-4,20), T4l de 7,75 ng/dl (VN: 0,93-1,70) y anticuerpos anti-receptores de TSH de 209 UI/l (VN: 0-11), con bioquímica, ionograma, perfil lipídico, perfil renal y hemograma normales. En ecografía de cuello se objetiva tiroides de ecoestructura heterogénea pseudomicronodular, de tamaño aumentado (lóbulos laterales de 27 mm, istmo de 12 mm) y con vascularización aumentada, sin nódulos diferenciados.

Juicio clínico: Hipertiroidismo por enfermedad de Graves-Basedow.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad. Hipertiroidismo no autoinmune. Feocromocitoma. Neoplasia.

Comentario final: Tras confirmación diagnóstica, se instauró tratamiento con metimazol 10 mg cada 8 horas, se solicitó analítica de control con hormonas tiroideas, enzimas hepáticas y hemograma al cabo de un mes y se realizó interconsulta a Endocrinología. A las tres semanas, acudió a la consulta por clínica compatible con urticaria aguda en miembros superiores, por lo que se decidió suspender tratamiento médico con metimazol y solicitar revisión por Endocrinología de forma preferente para valoración de alternativa terapéutica. Se expone este caso por la importancia

de controlar lo antes posible la sintomatología del paciente y la disminución de la producción hormonal dado el carácter imprevisible de esta patología, sin olvidar la realización de un control analítico en el plazo de un mes aproximadamente para detectar efectos secundarios a nivel sanguíneo y/o hepático, así como las reacciones alérgicas adversas como en el caso dado, donde ha sido necesario la sustitución de metimazol por propiltiouracilo, medicamento no comercializado en España y que debe importarse del extranjero mediante solicitud individualizada por el servicio de Endocrinología.

Bibliografía

1. Pearce EN. Diagnosis and management of thyrotoxicosis. *BMJ*. 2006;332(7554):1369-73.
2. Cooper DS, Rivkees SA. Putting propylthiouracil in perspective. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(6):1881-2.

Palabras clave: Temblor. Hipertiroidismo. Enfermedad de Graves.