



## 199/63 - HIPOTIROIDISMO COMO CAUSA DE AUMENTO DE PESO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Cañizares Romero<sup>a</sup>, I. Corrales Álvarez<sup>a</sup>, A. Gutiérrez García<sup>b</sup>, M. Martínez Ibáñez<sup>c</sup> y M. Reina Martín<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro Pichón. Málaga. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Portada Alta. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 50 años. Exfumadora desde hace 1 año de 40 paquetes/año. Sin antecedentes personales de interés. Paciente que acude a nuestra consulta de Atención Primaria porque en los últimos dos meses nota los tobillos y los párpados hinchados. Sin embargo, su principal preocupación es que se está quedando afónica. Refiere haber tomado una serie de remedios naturales, sin mejoría. Asociado a estos síntomas, cuenta astenia importante desde hace un mes, lo que ha hecho que cada vez sea menos activa en las tareas de su casa. Como consecuencia de esta astenia, se encuentra con tendencia al llanto sin motivo alguno, se siente sola. Por otro lado, dice haber ganado unos 10 Kg de peso, pasando de los 62 kg a los 72 Kg actuales.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente. Destaca sequedad de piel. Afebril, TA: 130/80, Peso 72 kg, Talla 154 cm. Boca y cuello: faringe hiperémica sin placas ni exudado. Destaca tumefacción en ambos párpados. Glándula tiroidea de palpación normal, sin apreciarse bocio. Auscultación cardiorespiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. No signos de TVP o edemas en MMII. Neurológico: pares craneales conservados. Campimetría por confrontación normal. Fuerza y sensibilidad conservadas. Romberg negativo ECG: Ritmo sinusal a 65 lpm sin alteraciones de la repolarización. Analítica sanguínea: leucocitos 4.600. Hemoglobina 14,40. Plaquetas 188.000. Glucosa 85; creatinina 0,76; sodio 141, potasio 4,4; colesterol 420, triglicéridos 154, LDL 282, HDL 108; TSH 102, T4L 0,25 y anti-Tpo  $\geq$  1.300 (analíticas previas normales). Ecografía tiroidea de atención primaria: glándula tiroidea disminuida de tamaño e hipoecogénica, con múltiples imágenes redondeadas anecoicas. Ante estos hallazgos, tanto clínicos, analíticos y ecográficos, se instauro tratamiento con Eutirox 75 mg 1 comprimido cada 24 horas y se deriva a Endocrinología para valoración por su parte.

**Juicio clínico:** Hipotiroidismo primario autoinmune secundario a tiroiditis crónica linfocitaria.

**Diagnóstico diferencial:** Hipotiroidismo secundario o terciario. Síndrome nefrótico. Demencia degenerativa o vascular.

**Comentario final:** Las enfermedades del tiroides, y especialmente la enfermedad nodular tiroidea y

el hipotiroidismo primario, constituyen un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. Algunos trabajos sitúan la prevalencia de hipotiroidismo clínico en un 1,4-2% en mujeres y en 0,1-0,3% en varones, aunque probablemente esté infradiagnosticada. Es frecuente que aparezca hipercolesterolemia asociada por disminución de los receptores de LDL, que no es necesario tratar.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ross DS. Diagnosis of and screening for hypothyroidism. UpToDate, 2013.
2. The Endocrine Society. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. The Endocrine Society, 2012.