



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1495 - MI HIJA ME PONE NERVIOSA

J.I. García García<sup>a</sup>, Z.M. Correcher Salvador<sup>b</sup>, J.C. Gómez Adrián<sup>c</sup>, M.J. Díaz Mora<sup>d</sup>, M. Camarasa Vidal<sup>e</sup>, M. Ferrer Esteve<sup>f</sup>, J. Prieto Nave<sup>g</sup>, E.C. Castillo Espinoza<sup>h</sup>, H. Rodríguez<sup>b</sup> y Á.H. Góngora Tirado<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Almassora. Castellón. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia.

<sup>d</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>f</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almassora. Castellón. <sup>h</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>i</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 32 años que acude a consulta para revisión de analítica solicitada por su médico habitual para seguimiento de patología tiroidea. Como antecedentes médicos destacan únicamente diabetes gestacional e hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 100 mg cada 24 horas. Destaca a la inspección un marcado exoftalmos, por lo que se indaga en la anamnesis y la paciente afirma estar más nerviosa desde el nacimiento de su hija de 3 años, que ella consideraba causa de estrés, sin otros síntomas asociados.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destaca marcado exoftalmos, buen estado general, buena hidratación de piel y mucosas, eupneica y apirética en reposo. Saturación basal de 98% y una frecuencia de 140 lpm. Auscultación cardio-pulmonar: taquirrítmica sin soplos ni ruidos sobreañadidos. Se palpa leve aumento de la glándula tiroides. Resto de exploración física normal. En analítica de control destaca: TSH < 0,01 y una T4L 5,52, revisando analíticas anteriores se objetivan resultados similares desde hacía 3 años. Resto de analíticas sin alteraciones significativas. ECG: ritmo sinusal a 125 lpm, eje 60° sin alteraciones de la repolarización y buena conexión AV e IV.

**Juicio clínico:** Enfermedad de Graves-Basedow.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis tirotóxica, tiroiditis, ansiedad, adenoma toxico...

**Comentario final:** Ante los hallazgos en analítica automáticamente se suspendió el tratamiento con levotiroxina, se solicitó ecografía tiroidea, analítica de control con anti-TPO para dentro de 1 mes y se inició tratamiento con carbimazol y propranolol. Actualmente seguimos pendientes de estas actuaciones y evolución de la paciente. Nos encontramos ante un caso de enfermedad de Graves-Basedow dado que se cumplen todos los criterios diagnósticos (aumento de T4, disminución de TSH, oftalmopatía y bocio). Esta enfermedad constituye el 60-70% de todas las tirotoxicosis, siendo más

frecuente en mujeres de 30-40 años, frecuentemente de origen autoinmune, aunque en nuestra paciente no podemos asegurar si la causa etiológica es autoinmune o iatrogénica por exceso de levotiroxina. Así mismo, cabe resaltar un hecho que puede producirse frecuentemente en consulta, como es el acto de repetir medicación sin revisión de analíticas en pacientes poco frecuentadores o “desinteresados” por su patología. En este caso con un adecuado control de las analíticas previas se habría sospechado el diagnóstico e iniciado el tratamiento, ambos de fácil manejo en nuestras consultas. Por tanto, hacer énfasis en que hay que valorar la repetición de recetas considerando todas las pruebas a nuestro alcance, solicitar controles periódicos a patologías crónicas y fundamentalmente contemplar al paciente como un todo y evitando caer en la tentación de centrarnos únicamente en el “vengo a por...” o “quiero que me haga un...” por las limitaciones en tiempo u otras circunstancias de nuestro día a día.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. American Thyroid Association.
2. Guías clínicas Fisterra.
3. Harrison principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed.