



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2648 - Estudio de la Astenia de larga evolución como síntoma guía en Atención Primaria

J.L. Cepeda Blanco^a, A. Aguilera Zubizarreta^b, G. Alessia Sgaramella^c, P. Sanroma Mendizábal^c, L. Alli Alonso^d, E.A. Lino Montenegro^e, J. Villar Ramos^f, M.P. Carlos González^g, M. Montes Pérez^h y A. Casal Calvo^a

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Santander. ^bMédico Geriatra. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^cMédico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo. Santander. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Dávila. Santander. ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Zona 1. Santander. ^gMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cañoza. Santander. ^hMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jose Barros. Zona 1. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 41 años de edad que consulta por astenia intensa, somnolencia, calambres musculares generalizados y aumento de peso indeterminado. Antecedentes: anemia ferropénica, vértigo paroxístico benigno, amigdalotomía. Acude a su Médico de Atención Primaria (MAP) porque desde hace 6 meses nota dolores musculares generalizados y contracturas involuntarias y frecuentes en cara, costados y gemelos. Asimismo refiere hinchazón de cara y extremidades superiores, dolor en muñeca izquierda al flexionar la mano y sensación opresiva en cuello, sin disfagia ni odinofagia. Estreñimiento habitual. No otra sintomatología. Su MAP solicita radiografía de tórax, electrocardiograma y analítica completa, donde se objetiva una TSH de 542,5 mIU/L. Se remite al departamento de endocrinología que completa el estudio con análisis inmunológico, ecografía tiroidea y análisis de Synacthen para cortisol.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 120/80, SatO₂: 95%, Temperatura: 35,9 °C. Buen estado general, consciente y orientado. Normocoloreado, bien perfundido, eupneico Edemas palpebrales, Sin adenopatías, bocio ni ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: rítmico a 50 lat/min, murmullo vesicular conservado. Sin edemas ni signos de trombosis en extremidades, pulsos distales presentes. 91.000 leucocitos, con fórmula normal. Hemoglobina: 12,8. Volumen corpuscular medio: 96. Glucosa 145, creatinina 1,39, filtrado glomerular: 60, iones normales, ácido úrico: 7,2. GOT 105, GPT 76, perfil férrico normal. PCR < 0,1, proteínas totales y albúmina normales. Elemental y sedimento en orina: negativo. ECG: ritmo sinusal a 50 lpm, bloqueo incompleto de rama derecha. R(x) tórax: sin pinzamiento de senos costofrénicos ni condensaciones. Synacthen para cortisol: cortisol 17%, a los 30 min: 28% a los 60 min: 31%. Inmunología: Ac anti-nucleares: negativo, factor reumatoide: 20,60, IgA: 564 UI/ml, Ac anti-peroxidasa: 130 UI/ml. Resto negativo. Ecografía tiroidea: atrofia de la glándula con disminución generalizada de la vascularización, lóbulos simétricos y patrón ecoestructural heterogéneo e hipocogénico, sin nódulos.

Juicio clínico: Hipotiroidismo profundo de origen autoinmune.

Diagnóstico diferencial: Entre las patologías que pueden confundirse con el hipotiroidismo cabe mencionar la anemia perniciosa, procesos neoplásicos, la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, trastornos psíquicos como depresión o ansiedad y alteraciones del sueño como las apneas o el síndrome de piernas inquietas. A nivel farmacológico destacamos los psicofármacos, los beta-bloqueantes y las drogas de abuso. En el área metabólica descartaremos diabetes, trastornos electrolíticos y alteraciones suprarrenales. Entre las enfermedades inflamatorias habría que descartar las reumatológicas e infecciones como las hepatitis, VIH o la endocarditis.

Comentario final: Presentamos un paciente con astenia intensa de 3 años de evolución, a la que hace 6 meses se añaden otra serie de síntomas sin relación aparente entre sí. Su MAP descarta la práctica totalidad del diagnóstico diferencial mediante la analítica, la placa de tórax y el electrocardiograma. La TSH elevada y la bradicardia sinusal sugieren hipotiroidismo, por lo que es remitido a endocrinología, donde se completa el estudio con técnicas específicas concluyendo, finalmente, que el paciente presenta un hipotiroidismo autoinmune severo. Se pauta levotiroxina oral con remisión de los síntomas a los 3 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kin M, Ladenson P. Tratado de medicina interna 24^a edición. 2013, pp. 1454-67.
2. Brent GA, Davies TF. Williams Textbook of Endocrinology. 2011, pp. 406-39.
3. Gharib H, Kessler J, Toth D. Hypothyroidism. 2010.