



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/225 - DOCTOR, ESTE DOLOR DE GARGANTA ME DA PÁNICO

N. Ñiguez Baños^a, M. Hajar Jiménez^b, C. Zárate Oñate^a, L. de Miguel Acero^a, C.I. Ruiz Morollón^c, C.L. Martín Hernández^d, A. Barranco Apoita^d y B. Parente Gómez^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Hospital de la Princesa. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Santa Hortensia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 40 años que consulta por odinofagia, febrícula y otalgia bilateral. Además presenta astenia, sudoración y nerviosismo.

Exploración y pruebas complementarias: Taquicárdico, hiperhidrosis. Orofaringe: no hiperémica, sin placas. Dolor a la palpación de región cervical anterior. Tiroides levemente aumentada de tamaño, difusamente, sin palpar nódulos. No adenopatías. Analítica 1^º: T4 libre > 7,77, TSH 0,01, VSG 20, ac. antitiroideos negativos, GOT 4, GPT 95. Eco por técnica fast: glándula tiroides difusamente aumentada de tamaño. Doppler: hipocaptación generalizada. Analítica 2^º: (a las 4 semanas) T4 libre: 0,81, TSH 7,53, GOT 4,4 GPT 100, GGT 48. Analítica 3^º: (a las 8 semanas) T4 libre 1,2, TSH 4,06, GOT/GPT/GGT normales.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda de De Quervain.

Diagnóstico diferencial: Otras tiroiditis (bacteriana, Hahsimoto...). Enfermedad de Graves. Faringoamigdalitis. SCA. Adenitis infecciosa reactiva. Sd. mononucleósico.

Comentario final: En un paciente que presenta dolor cervical TRAS sufrir un proceso infeccioso debemos tener en cuenta el diagnóstico de tiroiditis subaguda. Es característico que se presente en forma de fases (hipertiroidismo-eutiroideo-hipotiroideo) de duración entre 2-8 semanas, hasta normalizarse en la mayoría de los casos las alteraciones analíticas del perfil tiroideo. Hay que diferenciarla del resto de tiroiditis. Para el tratamiento, se emplean AINEs, asociados o no con corticoides y b-bloqueantes (propranolol, si hay síntomas de hipertiroidismo). Un porcentaje pequeño de casos permanecen hipotiroideos, requiriendo tratamiento sustitutivo con levotiroxina.

Bibliografía

1. Lazarus JH. Silent thyroiditis and subacute thyroiditis. En: Braverman LE, Utiger RD, eds. The Thyroid: A Fundamental and Clinical Text, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996:577.
2. Fatourechi V, Aniszewski JP, Fatourechi GZ, et al. Clinical features and outcome of subacute thyroiditis in an incidence cohort: Olmsted County, Minnesota, study. J Clin Endocrinol Metab.

2003;88:2100.

3. Desailoud R, Hober D. Viruses and thyroiditis: an update. *Virology*. 2009;6:5.
4. Nishihara E, Ohye H, Amino N, et al. Clinical characteristics of 852 patients with subacute thyroiditis before treatment. *Intern Med*. 2008;47:725.
5. Sherman SI, Ladenson PW. Subacute thyroiditis causing thyroid storm. *Thyroid*. 2007;17:283.

Palabras clave: *Tiroides. TSH. Odinofagia. Eco subaguda.*