



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/396 - ¿DIAGNÓSTICO EQUIVOCADO?

M. Aparicio Egea^a, R. Aguilar Hernández^a, M. Paniagua Merchán^b, M. Sánchez de las Matas Garre^c y F. García Román^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Pozo Estrecho. Cartagena. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. ^cMédico del Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. ^dMédico de Familia. SUAP del Centro de Salud de La Unión. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer 48 años, ha cambiado de lugar de residencia, acude por primera vez para control analítico de su problema tiroideo. Antecedentes: No alergias medicamentosas, cuadro depresivo-ansioso de larga evolución con reagudizaciones, obesidad, síndrome túnel carpo izquierdo, síndrome apnea-hipopnea del sueño, dislipemia, hipotiroidismo de años de evolución. Tratamiento: CPAP en horas de sueño, levotiroxina 50 ug, paroxetina 20 mg. Vuelve a los 15 días para recoger resultados, decidiéndose reducir levotiroxina a 25 ug/d y repitiendo control a los 2 meses. En tercera visita la paciente comenta que no redujo dosis, mostrándose verborreica y ansiosa interpretándose como agravamiento de su clínica ansioso-depresiva y del hipertiroidismo. En nuevo control y ante la persistencia de niveles elevados de T4l, continuamos bajando dosis de levotiroxina y se acaba remitiendo a endocrinología de forma urgente ante persistencia de clínica (iniciando además palpitaciones) con sospecha de hipertiroidismo. Actualmente en tratamiento con antitiroideos, pendiente de control para plantear tratamiento definitivo con yodo radiactivo.

Exploración y pruebas complementarias: AC: rítmica a 120 lpm con soplo sistólico. AP: mvc sin roncus ni sibilancias. Abdomen: blando y depresible sin masas ni megalias peristaltismo audible. EEI: pulsos palpables. No edemas. ECG: ritmo sinusal a 120 lpm sin alterac repolarización. Analíticas sucesivas 1^a: TSH < 0,008 uUI/mL, T4l: 2,03 ng/dL. 2^a: TSH < 0,008 uUI/mL, T4l: 1,88 ng/dL. 3^a: TSH: 0,010 uUI/mL, T4l: 2,62 ng/dL. 4^a TSH: < 0,008 uUI/mL, T4l: 3,03 ng/dL, positivo TSI y antimicrosomales. Ecografía tiroidea: disminución difusa de la ecogenicidad.

Juicio clínico: Hipertiroidismo primario autoinmune.

Diagnóstico diferencial: Incumplimiento terapéutico. Síndrome ansioso-depresivo reagudizado. Mal diagnóstico inicial de hipotiroidismo (descartado al rescatar analíticas iniciales).

Comentario final: Desde atención primaria, donde realizamos el control de los pacientes hipotiroideos en tratamiento sustitutivo, debemos estar alerta ante las causas que puedan provocar cambios muy sustanciales de las necesidades de hormona tiroidea.

Bibliografía

1. Álvarez P, Isidro ML, Cordilo F. Guías Clínicas en Atención Primaria. Fisterra.com. Hipotiroidismo. Guías Clínicas 2013. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipotiroidismo>.
2. Álvarez P, Isidro ML, Cordilo F. Guías Clínicas en Atención Primaria. Fisterra.com. Hipertiroidismo. Guías Clínicas 2013. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertiroidismo>.
3. Cano Pérez JF, Tomás Santos P. Patología tiroidea. Alteraciones del calcio. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003. p.1423-50.

Palabras clave: Hipertiroidismo. Hipotiroidismo. Ansiedad.