



242/4582 - HIPERTIROIDISMO, EL DÍA A DÍA DE LA CONSULTA DE PRIMARIA

M. Núñez Hernández^a, M. de Santiago Rodríguez^b, M. Molano Camacho^c y D. Baltaga^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Plasencia. Cáceres. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años de edad, que acude a consulta por pérdida de peso de varios meses de evolución, dolor tipo pinchazo en ojo izquierdo y dificultad para tragar sólidos. Antecedentes familiares de enfermedad tiroidea.

Exploración y pruebas complementarias: ACP: rítmico sin soplos, MVC conservado sin ruidos sobreañadidos. Cabeza y cuello: ligero exoftalmus en ojo izquierdo, con hiperemia conjuntival, sin inyección conjuntival. Pupilas isocóricas normoreactivas, con reflejo corneal conservado. Tiroides aumentado de tamaño, indoloro, con varios nódulos palpables en ambos lóbulos. Abdomen: blando, depresible no doloroso, sin masas ni signos de peritonismo ni irritación peritoneal. EEII: sin deformidades, edemas, ni signos de TVP. Pulsos distales conservados. Analítica: dentro de los valores de la normalidad. TSH 2,94. Ecografía tiroidea: aumento de tamaño generalizado de tiroides, con varios nódulos en ambos lóbulos, heteroecoicos, con aumento de la vascularización.

Juicio clínico: Bocio multinodular tóxico.

Diagnóstico diferencial: a) Enfermedad de Graves. b) Adenoma tóxico. c) Administración exógena. e) Tiroiditis subaguda.

Comentario final: Las alteraciones del tiroides son uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria. Desde nuestro centro de salud es esencial orientar el diagnóstico descartando diferentes etiologías, mediante una buena anamnesis, exploración, analítica y ecografía, aunque hagan falta otras técnicas diagnósticas específicas posteriores para confirmar nuestra sospecha.

Bibliografía

1. Bahn Chair RS, Burch HB, Cooper DS, Garber JR, Greenlee MC, Klein I, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid*. 2011;21(6):593-646.
2. Ross DS. Disorders that cause hyperthyroidism. UpToDate; 2013.

Palabras clave: Bocio. Multinodular. Hipertiroidismo.
1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.