



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3147 - ¿FARINGOAMIGDALITIS?

S. Avilés Cigüela^a, V. Monforte Rodríguez^b, A. Cetó Barayazarra^c y N. Sánchez Gómez^d

^aMédico de Familia. ABS Centre. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^bMédico de Familia. CAP Sanfeliu. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Centre. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Centre. CAP Just Oliveras. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 38 años, sin antecedentes patológicos de interés, acude por artromialgias generalizadas de varias semanas de evolución y, en los últimos días, sensación de cuerpo extraño (SCE) y de aumento de volumen en cuello anterior. Afebril. A la exploración física destaca orofaringe eritematosa con hipertrofia amigdalar sin exudados. Se orienta como faringoamigdalitis aguda de etiología vírica y se inicia tratamiento sintomático. 9 días después reconsulta por fiebre (< 38,3 °C), agudización de SCE en cuello, odinofagia, otalgia derecha sin otorrea y temblor de manos ocasional.

Exploración y pruebas complementarias: Palpación tiroidea: tiroides ligeramente aumentado de tamaño, doloroso. Analíticas (valores dentro de la normalidad: TSH: 0,25-5 mU/L, tiroxina libre: 10-26 pmol/L, Anti-TPO: 0-32 U/mL, VSG: 1-25 mm/h). 04.01.2017: TSH: 0,26 mU/L, tiroxina libre: 16,62 pmol/L, VSG: 60 mm/h. 18.01.2017: TSH: < 0,02 mU/L, tiroxina libre: 68,61 pmol/L, VSG: 91 mm/h. Anti-TPO: 14,71 U/mL. 25.01.2017: TSH: < 0,02 mU/L, tiroxina libre: 65,92 pmol/L, VSG: 101 mm/h. 06.02.2017: TSH: < 0,02 mU/L, tiroxina libre: 25,87 pmol/L, VSG: 86 mm/h. 16.02.2017: TSH: 0,39 mU/L, tiroxina libre: 15,43 pmol/L, VSG: 52 mm/h. 15.05.2017: TSH: 1,57 mU/L, tiroxina libre: 16,31 pmol/L, VSG: 24 mm/h. 12.07.2017: TSH: 1,38 mU/L, tiroxina libre: 18,92 pmol/L. 29.09.2017: TSH: 1,49 mU/L, tiroxina libre: 18,55 pmol/L. Ecografía tiroidea: bocio pluriadenomatoso. Gammagrafía tiroidea: apenas se detecta incorporación de trazador en parénquima glandular.

Orientación diagnóstica: Tiroiditis subaguda o granulomatosa o De Quervain.

Diagnóstico diferencial: Procesos infecciosos faríngeos o de vías respiratorias altas. Tiroidopatías que cursan con hipertiroidismo.

Comentario final: La tiroiditis subaguda, de etiología desconocida (¿vírica?), es más frecuente en mujeres y aparece entre los 20 y 50 años. El diagnóstico es fundamentalmente clínico con importante elevación de VSG, cura en el 90% de los casos y el tratamiento es sintomático. En nuestro caso, requirió tratamiento antiinflamatorio y betabloqueante en la fase hipertiroidea y la recuperación fue completa. Aunque la tiroiditis subaguda es poco frecuente, debe tenerse en cuenta entre los diagnósticos diferenciales de los procesos que cursan con clínica de vías respiratorias altas o hipertiroidismo.

Bibliografía

1. Rizzo L, Mana D, Bruno O. Tiroiditis no autoinmune. Medicina (B Aires). 2014;74(6):481-92.
2. Farreras P, Rozman C. Medicina interna, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

Palabras clave: Tiroiditis subaguda. Dolor cuello.