



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/697 - MUJER JOVEN QUE CONSULTA POR "BULTOS" EN CARA LATERAL EXTERNA DE AMBAS PIERNAS

N. Luquin Ciuró^a, R. Luquín Martínez^b, A. Piñana López^c y E. Ros Martínez^d

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Santa Lucía. Cartagena. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena Oeste. Servicio Murciano de Salud. ^dTécnico de Salud. Médico de Familia. Unidad docente multidisciplinar de las Áreas II y VIII. Cartagena-San Javier. Servicio Murciano de Salud.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 25 años de edad con antecedentes personales de alergia a ibuprofeno y carbocisteína; Dermatitis atópica; Sensibilización al sulfato de níquel y dismenorrea que presenta desde hace 10-12 meses bultomas no dolorosos en regiones lateral-externas de ambas piernas sin cambio de coloración de piel ni signos de flogosis que le fueron biopsiadas con resultado de "tejido celular graso subcutáneo", habiéndose añadido en los 2 últimos meses visión borrosa, nerviosismo, agitación, prurito, uñas que se le rompen, fatigabilidad, pérdida de peso e insomnio sin pérdida de apetito.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente normoconstituida, con buen estado general y constantes clínicas normales. Piel caliente. No edemas ni adenopatías. Orofaringe y oídos normales. No oftalmopatía. En cuello bocio difuso y uniforme con consistencia blanda y superficie lisa. No soplos. Tórax: a. cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos a 96x#39. Murmullo vesicular normal. Abdomen sin hallazgos patológicos. Extremidades: Eritema palmar bilateral sin acropaquias. Bultomas en caras laterales externas de ambas piernas de coloración normal, no dolorosos sin Mixedemas pretibiales. Analítica: Sangre: hemograma y bioquímica elemental normales excepto: creatinquinasa 1.791 UI/L; TSH 0,030 uUL/ml; T4L 3,44 ng/dL; TSI 14,9 UI/L; Ac-antiperoxidasa: 153 UI/mL. Factor reumatoide y ANA negativos. Ecografía de cuello: glándula tiroidea con hipoecogenicidad difusa con aspecto pseudoglandular. Discreto aumento de la vascularización sin nódulos definidos. No adenopatías.

Orientación diagnóstica: Tras anamnesis minuciosa y la exploración física con la detección de bocio se completó el estudio tiroideo que llevó al diagnóstico de hipertiroidismo primario AI, actualmente controlado en tratamiento (tiamazol).

Diagnóstico diferencial: Con cuadros de ansiedad; insuficiencia cardiaca; trastornos del ritmo; miopatías y además hay que hacer diferenciación con otras formas de hipertiroidismo como bocio nodular; hipertiroidismo inducido por iodo o el de algunas tiroiditis.

Comentario final: A destacar que en todo proceso diagnóstico seguido, ya sea en atención Primaria, ya sea en Atención hospitalaria, es necesario la realización de una detallada Historia

Clínica que como en el caso que nos ocupa nos lleva junto con las exploraciones complementarias a un diagnóstico certero.

Bibliografía

1. Lucas-Martín AM, Puig-Domingo M. Hipertiroidismo En: Farreras-Rozman: Medicina Interna, XVIII ed. Barcelona. Elsevier. 2016. Volumen II. p. 1952-9.
2. Bahn RS et al. American Thyroid Association; American Association of Clinical Endocrinologists. Endocr Pract. 2011;17:456-520.

Palabras clave: Tiroides. Bocio. Hipertiroidismo.