



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/379 - HIPOTIROIDISMO CON CLÍNICA ATÍPICA

E. Moya Blanch^a, G. Vilardell Rifà^a y J. López Regal^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Manlleu. Barcelona. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Santa Eugènia de Berga. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Motivos de consulta: Paciente de 60 años sin antecedentes de patología psiquiátrica y en tratamiento quimioterápico por un ADK de sigma que consulta por ideación delirante hipocondríaca y de prejuicio de inicio progresivo en las últimas semanas. No ha presentado alucinaciones ni otra clínica acompañante. Desde consultas externas de psiquiatría se inició tratamiento con quetiapina y mirtazapina, es revalorada por medicina de familia a las dos semanas por empeoramiento de la clínica. Antecedentes personales: Derrame pleural inflamatorio, herpes zóster hace 5 años, ADK de sigma pT3N0M0 estadio IIA diagnosticado hace 6 meses tratado con hemicolecotomía izquierda y quimioterapia. Anamnesis: aparición de clínica delirante en las últimas semanas (hipocondríaca y de prejuicio) sin clínica alucinatoria ni otros síntomas acompañantes. Reinterrogando a la paciente, refiere astenia y caída del cabello en los últimos meses.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica sin alteraciones. Auscultación cardiopulmonar normal. Persiste la ideación delirante pero con autocrítica. Constantes vitales correctas. Análisis: anemia microcítica, TSH 107, T4L < 0,25. RMN cerebral: sin evidencia de lesiones infiltrativas.

Orientación diagnóstica: Ante la normalidad de la neuroimagen y los hallazgos analíticos podemos orientar el diagnóstico como hipotiroidismo con clínica delirante.

Diagnóstico diferencial: Ante la presencia de clínica delirante en una paciente neoplásica: metástasis cerebrales, patología orgánica como causa de delirio, patología psiquiátrica.

Comentario final: Tratamiento: Inicio de levotiroxina hasta normalización de la TSH y T4L. Evolución: Inicialmente desde la consulta externa de Psiquiatría se inició tratamiento con mirtazapina y quetiapina al que la paciente no respondió. Ante el empeoramiento clínico se inició el estudio en el que se descartó la presencia de metástasis cerebrales y se detectó el hipotiroidismo. Se inició tratamiento con LT4 hasta la normalización de la TSH y la T4L. Se consiguió mejorar el cuadro de delirio hasta la desaparición completa de la sintomatología al cabo de un mes. Conclusiones: este es un caso de hipotiroidismo con clínica atípica, ya que la paciente debutó con clínica delirante (más propia de un hipertiroidismo). Ante la aparición de patología psiquiátrica hay que descartar la presencia de patología orgánica como causa de la clínica.

Bibliografía

1. http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/butlleti_informacio_terapeutica/documents/arxiu/BIT_v27_n03.pdf

Palabras clave: Hipotiroidismo. Psicosis. Neoplasias colónicas.