Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):335

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/493 - TIROIDITIS DE DE QUERVAIN

F. Martín González[1], M. Ezquerra García[2], P. Martín González[3] y M. Martín García[4]

[1]Médico de Familia. Centro de Salud Cascajos. Logroño. La Rioja. [2]Médico de Familia. Centro de Salud Murillo de Río Leza. La Rioja. [3]Enfermera. Hospital Materno Infantil. Málaga. [4]Enfermero. Domusvi Sierra de las Nieves. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, alérgica a gramíneas y epitelio de perro, sin tratamiento habitual actual, intervenida de amigdalectomía. Acude a consulta por presentar odinofagia de intensidad creciente, expectoración mucopurulenta y febrícula de 48 horas de evolución, sin presencia de exudados ni adenopatías. Se pauta tratamiento sintomático (antiinflamatorios no esteroideos, AINE). A la semana comienza con dolor en zona anterior cervical irradiado a oído derecho, distermia (38,3 ºC) y presencia de bocio grado 1. Cuadro compatible con tiroiditis subaguda o de Quervain ante clínica y datos analíticos. Actualmente en fase hipotiroidea y asintomática.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 130/65 mmHg, frecuencia cardiaca 93 lpm, bien hidratada y perfundida, temperatura axilar 37,7 ºC, hiperemia pared posterior faringe sin exudados ni adenopatías, tiroides palpable y visible con el cuello en hiperextensión sin nodularidad. Auscultación cardiaca: rítmico sin soplos. Analítica: PCR 160 mg/dl, VSG 37 mm, leucocitos 15.600/mm^3 (neutrófilos 80,2%, linfocitos 12,9%), TSH 0,05 mUI/L, T4 libre 2,34 µg/dl, Ac antiTPO neg. Analítica (1 semana): PCR 55 mg/dl, VSG 71 mm, Leucocitos 9.200/mm^3 (fórmula normal), Hb 11,6 g/dl, GPT 67 UI/l, GGT 88 UI/l, FA 132 UI/l, TSH < 0,01 mUI/L, T4 5,02 µg/dl. Analítica (4 semanas): hemograma y bioquímica sin alteraciones, TSH 29,9 mUI/L, T4 0,29 µg/dl, Ac antiTPO < 9.

Orientación diagnóstica: Tiroiditis subaguda de De Quervain o de células gigantes.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Graves Basedow, bocio multinodular tóxico, faringitis aguda, flemón dentario, infección quiste conducto tirogloso, adenitis cervical, celulitis cuello anterior.

Comentario final: El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Tiene mayor incidencia en mujeres (4:1). Frecuentemente le precede un cuadro infeccioso del tracto respiratorio superior y es generalmente autolimitada. Un 50% de los pacientes presentan cuadro de hipertiroidismo con una duración de 2-6 semanas, desarrollándose posteriormente una fase hipotiroidea de 6-12 meses. Sólo un 5% desarrollan hipotiroidismo permanente. Analíticamente hay elevación de PCR, VSG, puede aparecer anemia y leucocitosis leves y moderada elevación transaminasas, TSH y T4 alteradas según la fase en que se encuentre. Tratamiento sintomático con ácido acetilsalicílico o AINEs (corticoides

en cuadros muy sintomáticos). En la fase hipotiroidea hay que valorar el tratamiento con levotiroxina según la clínica.

Bibliografía

1. Feingold KR, Anawalt B, Boyce A. Subacute Thyroiditis. Endotext, De Groot LJ, et al, eds. 2018: South Dartmouth (MA).

Palabras clave: Tiroiditis subaguda. De Quervain.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.