



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3842 - DISFAGIA, MOTIVO DE CONSULTA MÁS FRECUENTE DE LO QUE PENSAMOS

C. Salvat Dávila¹, C. Corugedo Ovies², A. Laverde¹ y D. Lisei Coscia¹

¹Médico Residente de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego y Hospital Universitario Central de Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 62 años, con antecedente de depresión y portadora de marcapasos por bradicardia sinusal. En tratamiento con sertralina y lorazepam. Acude a nuestra consulta por presencia de disfagia leve de meses de evolución asociada a tos de reciente aparición. Niega dolor cervical ni alteraciones digestivas. Pérdida de 7 kilogramos de peso que relaciona con aumento de ejercicio físico. Astenia intensa. Niega otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/83 mmHg, FC de 100 lpm. Afebril. Se palpa bocio III/VI a expensas de lóbulo tiroideo izquierdo, no doloroso a la palpación. No adenopatías. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: anodino. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: hemograma: normal; bioquímica: normal; hormonas: tirotropina (TSH) < 0,01 mU/L, tiroxina libre (T4) 1,49 ng/dl, triyodotironina libre (T3L) 4,35 ng/dl, anticuerpos anti-TPO 144 UI/mL. Radiografía de tórax: desviación traqueal leve. Electrocardiograma: normal. Ecografía cervical (realizada en centro de salud): lóbulo tiroideo derecho de tamaño normal, lóbulo tiroideo izquierdo aumentado de tamaño a expensa de dos nódulos en tercio inferior de 10 × 9 mm y 13 × 18 mm respectivamente, de características benignas. Se decide derivación a servicio de endocrinología para completar estudios ante la sospecha de bocio multinodular. Se solicita ecografía reglada por dicho servicio donde corroboran los hallazgos ecográficos previos y se completan estudios: gammagrafía tiroidea: hallazgos compatibles con autonomía de lóbulo izquierdo. Se decide realizar tratamiento ablativo con yodo radiactivo tras descartar malignidad, con mejoría de la clínica referida las semanas posteriores.

Orientación diagnóstica: Bocio multinodular tóxico.

Diagnóstico diferencial: Bocio endotorácico. Trastorno de motilidad esofágica. Compresión esofágica mecánica.

Comentario final: La presencia de bocio en la población general es bastante frecuente aunque no suele ser un motivo de consulta muy llamativo. Ante una sintomatología compatible es primordial su detección precoz para mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones sistémicas. En nuestra consulta de atención primaria debe seguir primando la exploración reglada y sistemática de nuestros pacientes para detectar deformidades o bultomas que en un primer momento nos podrían pasar desapercibidos y que pueden llegar a ser potencialmente graves.

Bibliografía

1. Hegedüs L, Bonnema SJ, Beenedhaek FN. Manejo del bocio nodular simple: manejo actual y perspectivas futuras. *Endrocr Rev.* 2003;24(1):102-32.

Palabras clave: Disfagia. Bocio. Ecografía cervical.