



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1880 - LA ECOGRAFÍA DE LA TIROIDITIS DE HASHIMOTO EN NUESTRA CONSULTA

S. Delgado Bermejo¹, Ú. Fernández Álvarez¹ y C. Casanova García²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 20 años diagnosticado hace 8 años por su pediatra de tiroiditis autoinmune al presentar TSH 8,32 con T4 normal, por lo que se solicitaron ac. antitiroideos antiperoxidasa, con valores elevados. Controlado inicialmente por pediatra de Atención Primaria y Endocrinología va requiriendo mayores dosis de tiroxina con el paso del tiempo. Finalmente, en septiembre de 2018 acude a nuestra consulta donde le realizamos ecografía y control analítico.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración normal. Tan sólo destacar sobrepeso. Evolución analítica. TSH (0,55-4,78 μ UI/ml): 8,32 (2011), 6,99 (marzo 2013), 4,17 (marzo 2016), 5,92 (noviembre 2017), 10,65 (marzo 2018), 6,5 (septiembre 2018), 16,98 (junio 2019). T4 (0,89-1,76 ng/dl): 0,93 (2013), 1,26 (noviembre 2017), 1,18 (marzo 2018), 1,05 (septiembre 2018), 1,18 (junio 2019). Anticuerpos antiperoxidasa (< 60,00): > 1.300,00 UI/ml. Ecografía. Glándula tiroides de tamaño aumentado. LD: 18 x 9,5 mm, LI 13,6 x 18 mm, Istmo: 4,5 mm. Consistencia heterogénea, con múltiples imágenes nodulares sólidas de predominio hipoecoico, menores de 5 mm. Se aprecian algunos tabiques fibrosos. Vascularización normal con doppler color.

Orientación diagnóstica: Tiroiditis de Hashimoto.

Diagnóstico diferencial: Hipotiroidismo secundario, hipotiroidismo terciario, tiroiditis subaguda, tiroiditis linfocítica silente.

Comentario final: La Tiroiditis Autoinmune o de Hashimoto es la principal causa de hipotiroidismo adquirido en las poblaciones con aporte suficiente de iodo (tanto población pediátrica como adulta) por lo que se debe conocer su manejo. A pesar de ser una patología más frecuente en mujeres de edad adulta (sex ratio 7:1), también puede verse en niños y en estos el hipotiroidismo puede ser transitorio. Es muy infrecuente en menores de 5 años pero en la adolescencia tiene una prevalencia de 1-2% (con predominio femenino 7-9:1). Ante una elevación de la TSH con disminución de T4, se recomienda la determinación de anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina. La ecografía puede ser de ayuda para objetivar el tamaño y las características del tiroides y descartar la presencia de bocio. En cuanto al tratamiento, está indicada la Levotiroxina en aquellos pacientes con niveles de TSH superiores a 10mU/L y se valorará en niveles entre 6-10mU/l (en función de la clínica y otros factores).

Bibliografía

1. Pathogenesis of Hashimoto's thyroiditis (chronic autoimmune thyroiditis) [Internet]. UpToDate. 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-hashimotos-thyroiditis-chronic-autoimmune-thyroiditis>
2. Acquired hypothyroidism in childhood and adolescence. UpToDate. 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acquired-hypothyroidism-in-childhood-and-adolescence>

Palabras clave: Bocio. Hashimoto. Autoinmunidad.