



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/414 - ODINOFAGIA RESISTENTE

P. Machado Fernández<sup>a</sup>, A. Ismaili<sup>b</sup>, b. Henares Sánchez<sup>c</sup>, C. Jiménez Peiró<sup>a</sup>, M. Reyes Castro<sup>d</sup> y C. Cossío Álvarez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año. ABS Martorell. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell. Barcelona. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Buenos Aires. Martorell. Barcelona. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Martorell. Barcelona. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año. ABS Martorell. Barcelona.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 41 años, sin antecedentes personales de interés, acude a nuestra consulta por odinofagia de dos meses de evolución, desde hace una semana afebril. No ha presentado afonía pero sí astenia y pérdida de 3 kilos. Ha consultado en varias ocasiones por odinofagia y fiebre a los servicios de urgencias. La primera vez fue tratada con anti-térmicos pero en visitas sucesivas dada la persistencia de fiebre, se cubrió con amoxicilina-clavulánico. Desde el servicio de urgencias la AS, la Rx de tórax y el sedimento urinario resultaron normales.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, normotensa, normocoloreada, afebril Orofaringe hiperémica, no adenopatías, dolor a la palpación latero cervical izquierda Otoscopia normal ACR: rítmica, no soplos, mvc Se solicita una nueva analítica: Paul-Bunell negativo, VSG 100, PCR 58, TSH < 0,02 T4 normal y posteriormente una ecografía tiroidea: lóbulos: derecho 13 × 13 × 2 mm, izquierdo 14 × 15 × 32 mm; istmo 35 mm. Parénquima tiroideo hipoecoico, con cápsula poco visible con un nódulo hiperecoico de 5 mm en istmo/LTI. No se observan adenopatías locales Conclusión: tiroiditis con un nódulo aislado.

**Juicio clínico:** Con orientación diagnóstica de faringitis bacteriana, con pruebas complementarias de urgencias dentro de la normalidad, sin respuesta al tratamiento y con la exploración de un posible bocio, se decide realizar analítica incluyendo hormonas y anticuerpos tiroideos junto con ecografía del mismo. Una vez confirmado el diagnóstico de tiroiditis subaguda con presencia de hipertiroidismo subclínico y anticuerpos negativos, se continúa con tratamiento sintomático sin necesidad de uso de medicación tiroidea, hasta quedar la paciente asintomática. Se citó a la paciente a los 3 meses con una nueva analítica. La paciente persistía asintomática y la función tiroidea se había normalizado.

**Diagnóstico diferencial:** Amigdalitis. Otitis. Odontalgia. Mononucleosis. Otras tiroiditis.

**Comentario final:** Ante un paciente con odinofagia, cuya clínica persiste pese a tratamiento, se ha de reevaluar al paciente con una anamnesis completa, nueva exploración física, así como complementar con las pruebas necesarias, para pensar en otras posibles causas, más allá de las más habituales.

## **Bibliografía**

1. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/tiroiditis/Noviembre> 2. <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-thyroiditis>