

CARTA CLÍNICA

Manejo de la tiroiditis subaguda por el médico de familia



General practitioner management of subacute thyroiditis

Mujer de 30 años con antecedentes de dispepsia funcional en tratamiento con omeprazol. Acude a su médica de familia por un cuadro de odinofagia y dolor cervical anterior de 10 días de evolución. No presenta tos, ni expectoración ni fiebre. En la exploración física el tiroides está aumentado de tamaño, tiene consistencia elástica y es doloroso a la palpación. Se pauta tratamiento con ácido acetilsalicílico 500 mg cada 8 horas. Se solicita analítica urgente y se realiza ecografía cervical. En la analítica se encuentra una velocidad de sedimentación (VSG) de 84 (valor de referencia menor de 20) y TSH de 0,89 (valores de referencia 0,35-4,95) con T4 normal. El hemograma, bioquímica y anticuerpos antitiroideos son normales. En la ecografía el tiroides tiene un tamaño normal y en el lóbulo tiroideo derecho se encuentra un área pseudonodular, de bordes mal definidos, hipoecogénica, de 15 × 11 mm, con vascularización parcial en el estudio Doppler (fig. 1). La punción con aguja fina del pseudonódulo muestra extensiones hemáticas con células inflamatorias (linfocitos y escasos histiocitos), junto a escasa celularidad

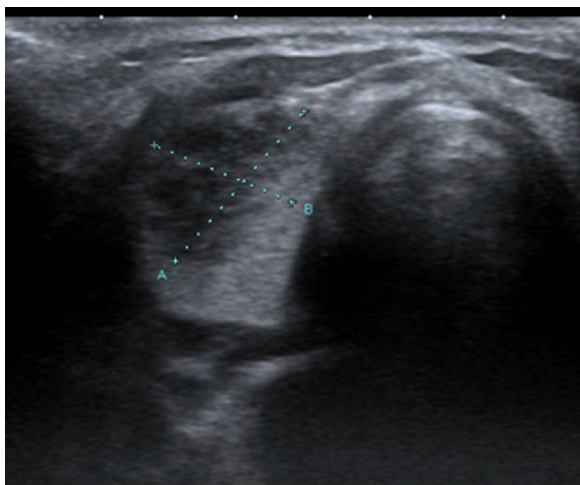


Figura 1 Corte transversal de lóbulo tiroideo derecho, donde se observa una zona hipoecogénica, de bordes mal definidos, de 15 × 11 mm.

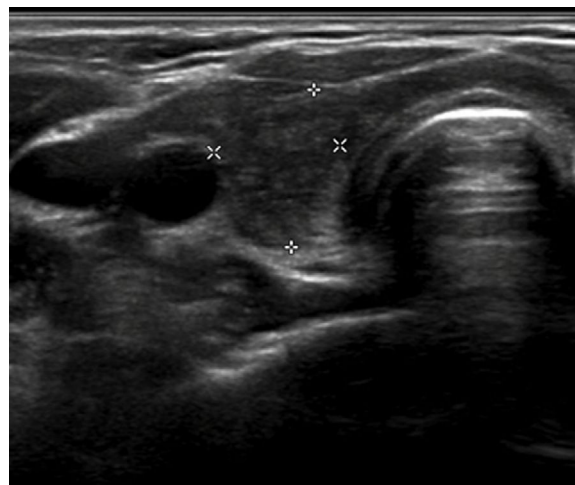


Figura 2 Ecografía de control a los 2 meses del inicio del tratamiento. Corte transversal de lóbulo tiroideo derecho, que presenta disminución difusa de la ecogenicidad, sin lesiones nodulares diferenciadas.

tiroidea y fragmentos estromales, sin observarse células malignas. A los 10 días la paciente presenta síntomas de tirotoxicosis (diarrea, sudoración y nerviosismo). En la analítica la TSH está baja (0,031) y la VSG es alta (92). Se instauro tratamiento con propranolol 10 mg cada 12 horas, con mejoría clínica. Se repite la analítica a las 6 semanas, con los siguientes resultados: TSH 15,64 y VSG 39, por lo que se suspende el bloqueador beta. Se realiza ecografía cervical de control a los 2 meses. El tiroides tiene un tamaño normal, pero presenta disminución difusa de la ecogenicidad, en probable relación con el antecedente de tiroiditis. Ya no se identifican imágenes nodulares en el lóbulo tiroideo derecho y el estudio Doppler muestra una vascularización normal (fig. 2). Actualmente la paciente está eutiroides y asintomática.

La tiroiditis subaguda, también llamada de De Quervain o granulomatosa, es la causa más común de dolor tiroideo¹. Es más frecuente en mujeres jóvenes y adultas y suele aparecer en verano. Se desconoce su etiología, aunque con frecuencia aparece tras una infección vírica de vías respiratorias altas¹. El síntoma característico es el dolor cervical anterior, que se irradia a la mandíbula y a los oídos. A veces aparece disfagia, odinofagia o síntomas sistémicos como astenia, fiebre y mialgias. Al inicio pueden aparecer síntomas de tirotoxicosis (nerviosismo, taquicardia, temblor, diarrea, intolerancia al

calor...) en un tercio de los pacientes. A las 4-10 semanas aparece hipotiroidismo, en general oligosintomático, que suele durar entre 8 y 10 semanas. La mayoría de pacientes recupera completamente la función tiroidea, aunque puede persistir el hipotiroidismo en el 5% de los casos^{2,3}. La tiroiditis subaguda puede tener una presentación atípica, como un nódulo tiroideo, doloroso^{4,5} o no doloroso⁶. También se han descrito pocos casos que comienzan con las manifestaciones de una tormenta tiroidea, situación de riesgo vital que suele requerir ingreso hospitalario⁷.

El diagnóstico se basa en la sintomatología descrita, aunque las exploraciones complementarias ayudan a confirmar la sospecha clínica. En la fase inicial se detecta hipertiroidismo, con TSH disminuida y T4 libre y T3 normales o aumentados. Es característica la elevación de la VSG. También puede encontrarse elevación de la PCR, tiroglobulina y leucocitosis. Posteriormente, se produce una fase de hipotiroidismo, con aumento de TSH y descenso de T4. Los anticuerpos antitiroideos son negativos². La ecografía es la prueba de imagen de elección para el diagnóstico y seguimiento de las lesiones tiroideas nodulares o difusas. Las características ecográficas típicas de la tiroiditis subaguda son: aumento del tamaño del tiroides, áreas hipoeogénicas de bordes mal definidos y ausencia de vascularización del área hipoeogénica⁸. Cuando la presentación es atípica, como un nódulo tiroideo, la ecografía puede ser útil para distinguirlo de un cáncer tiroideo. Varios hallazgos ecográficos apoyan el diagnóstico de tiroiditis subaguda: bordes mal definidos, ecogenicidad disminuida de forma centripeta y ausencia de vascularización central⁸. También puede ser muy útil la realización de seguimiento ecográfico, en el que se observa que la mayoría de las lesiones de tiroiditis subaguda progresan de forma favorable, disminuyendo o desapareciendo el área hipoeogénica, como corresponde a un proceso tiroideo inflamatorio benigno⁹. Aunque el estudio citológico no suele ser necesario, permite confirmar el diagnóstico, especialmente en los casos de presentación atípica. El patrón citológico de tiroiditis subaguda se caracteriza por una destrucción de folículos, fibrosis, extravasación de coloide y un infiltrado inflamatorio de linfocitos e histiocitos, que se agrupan formando células gigantes². Debe realizarse el diagnóstico diferencial con la tiroiditis supurada, la hemorragia de un nódulo tiroideo, la enfermedad de Graves-Basedow y el carcinoma tiroideo². El tratamiento en la fase inicial es sintomático. Se utiliza ácido acetilsalicílico (500 mg cada 6-8 horas) o ibuprofeno (600 mg cada 8 horas). Si los síntomas persisten o son más graves se puede pautar prednisona 30-60 mg al día. Se reduce la dosis 5-10 mg a la semana hasta la suspensión en 6-8 semanas. Si los síntomas

de hipertiroidismo son importantes se utilizan bloqueadores beta (propranolol 10-40 mg cada 8 horas). El hipotiroidismo no suele precisar tratamiento, pero en caso de que sea muy sintomático se pauta levotiroxina 50-100 mcg al día durante 6-8 semanas^{1,2}.

Aunque la tiroiditis subaguda es una entidad rara en atención primaria, debemos sospecharla ante un paciente con dolor anterocervical, elevación de la VSG y alteración de la función tiroidea. Además, la ecografía tiroidea, accesible en nuestras consultas, es una herramienta clave para confirmar el diagnóstico y excluir otras lesiones tiroideas. Por lo tanto, los médicos de familia disponemos actualmente de todas las herramientas necesarias para realizar el abordaje integral de la tiroiditis subaguda desde atención primaria.

Bibliografía

- Louro González A, Núñez Vázquez A, Cordido Carballido F, Gómez Gómez N, Lois Rodríguez M, Cordido Carro M. Patología tiroidea en atención primaria. *FMC*. 2016;23:5-33.
- Galofré JC, Pineda J, Toni M, Anda E. Tiroiditis. *Medicine*. 2013;12:742-53.
- Zufía García FJ, Gómez Mateos MA, Castro Muñoz E. Tiroiditis subaguda como causa de hipotiroidismo permanente. *Semergen*. 2000;26:364-5.
- Jonas C, Bertrand C, Michel L, Donckier JE. Painful thyroid nodule, a misleading presentation of subacute thyroiditis. *Acta Chir Belg*. 2016;116:301-4.
- Herranz S, Martínez de Icaya P, González T, Pérez Pelayo M, Alcázar V, del Olmo D. Tiroiditis subaguda de inicio como nódulo tiroideo doloroso. *Endocrin Nutr*. 2007;54:494-5.
- Bianda T, Schmid C. De Quervain's subacute thyroiditis presenting as a painless solitary thyroid nodule. *Postgrad Med J*. 1998;74:602-3.
- Salih AM, Kakamad FH, Rawezh QS, Masrur SA, Shvan HM, Hawbash MR, et al. Subacute thyroiditis causing thyrotoxic crisis; a case report with literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2017;33:112-4.
- Pan FS, Wang W, Wang Y, Xu M, Liang JY, Zheng YL, et al. Sonographic features of thyroid nodules that may help distinguish clinically atypical subacute thyroiditis from thyroid malignancy. *J Ultrasound Med*. 2015;34:689-96.
- Lee YJ, Kim DW. Sonographic characteristics and interval changes of subacute thyroiditis. *J Ultrasound Med*. 2016;35:1653-9.

Á. Redondo-Sendino* y M.A. Perea-Amurrio

Centro de Salud Canillejas, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aurearedondo@hotmail.com

(Á. Redondo-Sendino).