

Dos caras de una misma moneda.

Rois Donsión, Laura¹. Pallas Rodríguez, Macarena¹. Anllo Lopez, Carla². Caeiro Castelao, Jesus Manuel³

1 MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA EN CENTRO SALUD ELVIÑA. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE A CORUÑA.

2 MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA EN CENTRO SALUD SAN JOSÉ. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE A CORUÑA.

3 MÉDICO DE FAMILIA EN CENTRO SALUD ELVIÑA. XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA A CORUÑA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Laura Rois Donsion. e-mail: geme.rois@gmail.com

Palabras clave: hipertiroidismo, enfermedad de Graves.

INTRODUCCIÓN

A continuación exponemos dos casos que se han recogido en la consulta de Atención Primaria y que muestran diferentes manifestaciones clínicas de una misma patología, el hipertiroidismo por enfermedad de Graves

CASO 1: Mujer de 60 años que consulta por presentar desde hace cuatro meses sensación de nerviosismo y pérdida de peso. Como antecedentes de interés únicamente consta en historia clínica episodios de ansiedad por lo que toma de forma ocasional bromazepam. En la anamnesis la paciente niega desencadenante emocional, refiere que no ha disminuido la ingesta e inicialmente no relata otra clínica. En la exploración física destaca un temblor fino en manos y piel caliente, no se palpa bocio ni nódulos tiroideos y no se evidencia ninguna otra alteración

CASO 2: Nuestro segundo caso trata de una mujer de 40 años, fumadora y con rinitis alérgica, que consulta por molestias oculares inespecíficas de semanas de evolución. En la exploración presenta enrojecimiento ocular bilateral y edema palpebral.

En relación con el primer caso a pesar de los antecedentes de ansiedad, se decide descartar organicidad solicitando una analítica general con hemograma, perfil renal y hepático, iones, y función tiroidea. En los resultados se objetiva una TSH (Hormona estimulante del tiroides) suprimida, T3 elevada (hormona triyodotironina) y aumento de transaminasas.

En el segundo caso inicialmente se sospecha una conjuntivitis alérgica y se pauta tratamiento con un colirio antihistamínico. La paciente no mejora y por su cuenta consulta en Urgencias, donde se diagnostica de sinusitis, iniciándose tratamiento, de nuevo sin mejoría por lo que vuelve a consulta. Esta segunda vez se realiza una anamnesis más minuciosa y la paciente afirma que de forma ocasional ha notado sudoración profusa, palpitaciones y astenia. Ante este cuadro se decide solicitar una analítica general igual al caso anterior, evidenciándose una TSH suprimida y una elevación de T3 y T4.

Ambas pacientes presentan un hipertiroidismo clínico. Siguiendo el protocolo del área sanitaria, se inicia tratamiento sintomático con propranolol (únicamente en el primer caso por la clínica de temblor y nerviosismo) y se deriva de forma preferente al servicio de Endocrinología, donde posteriormente se completa el estudio con anticuerpos TSI (inmunoglobulina estimulante del tiroides), que resultan elevados en ambos casos, y una gammagrafía tiroidea que muestra captación homogénea en la glándula tiroidea, confirmándose el diagnóstico de hipertiroidismo por enfermedad de Graves. Además inician el tratamiento con fármacos antitiroideos (metimazol cada 8 horas) y en el segundo caso, se recalca la importancia del abandono tabáquico y se deriva a la paciente a Oftalmología para iniciar un seguimiento conjunto de la afectación.

En el primer caso se consiguió una importante mejoría clínica y la normalización de la función tiroidea y transaminasas, tras dos meses de iniciar el tratamiento. La evolución clínica de la paciente con orbitopatía fue favorable pero más complejo, precisando pautas periódicas de corticoides intravenosos y seguimientos estrechos en oftalmología.

CONCLUSIÓN

La enfermedad de Graves es la causa más frecuente de hipertiroidismo, predomina en mujeres en la tercera y cuarta década de la vida y su etiología es autoinmune^{1,4}. Cursa con la formación de anticuerpos que se unen al Receptor de la hormona estimulante del tiroides (TSI) activándolo y produciendo la síntesis y liberación de hormonas tiroideas⁴, dando lugar a las manifestaciones clínicas derivadas del hipertiroidismo; además puede presentar clínica independiente de la elevación de hormonas tiroideas, como la orbitopatía y la dermatopatía.^{1,2,3}

En lo relacionado con la oftalmopatía destacar que el tabaquismo es un factor de riesgo para desarrollarla, su curso es independiente al del hipertiroidismo y en periodos de actividad puede cursar con dolor retroocular espontáneo, dolor con movimientos oculares, eritema o edema palpebral, hiperemia conjuntival y exoftalmos.^{1,5}

Se han recogido los consentimientos informados pertinentes

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez Castro, Paula. Cordido Carro, María. Cordido Carballido, Fernando. Hipertiroidismo; Guía Fisterra (internet); 2018 (acceso 10 Diciembre 2019); Disponible en <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertiroidismo/>
2. Douglas S Ross. Resumen de las manifestaciones clínicas del hipertiroidismo en adultos; Uptodate (internet); 2018 (acceso 10 Diciembre 2019); Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-clinical-manifestations-of-hyperthyroidism-in-adults>
3. Miguel Calvo, Isabel. Urroz Elizalde, Mikel. Muñoz González, Francisco. Hipertiroidismo; AMF (internet); 2013 (acceso 10 Diciembre 2019); 9(9):485-494; Disponible en https://amf-semfyc-com.mergullador.sergas.es/web/article_ver.php?id=1184
4. Terry F Davies. Patogenia de la enfermedad de Graves; Uptodate (internet) 2017 (acceso 10 Diciembre 2019); Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-graves-disease>
5. Terry F Davies, Henry B Burch. Características clínicas y diagnósticas de la orbitopatía de Graves (oftalmopatía); UptoDate (internet) 2010 (acceso 10 Diciembre 2019); Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-graves-orbitopathy-ophthalmopathy>