



CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA GENERAL
Y DE FAMILIA

San Sebastián 2017
18-20 Mayo



ME SIENTO HINCHADA, DEFORMADA, ¿QUÉ ME PASA?



Carmen Rodríguez Sáez**, Maria Piris Santamaria*, Luis Cadelo Gómez***, Nadia Menéndez García*, Elena Serna Ruiz*, Margarita Real Revuelta****

*C.S Cotolino I, **C.S. Saja, *** C.S. Polanco, ****C.S. Ontaneda
Gerencia de Atención Primaria - Servicio Cántabro de Salud

Introducción:

El hipotiroidismo primario se produce por una disminución de hormonas tiroideas y aumento compensatorio de la tirotrópina (TSH). La causa más frecuente en el mundo es por déficit de yodo y en los países con ingesta suficiente de yodo la causa más frecuente es la tiroiditis crónica autoinmune.

Descripción:

Mujer de 30 años Sin antecedentes de interés. Acude a consulta refiriendo que desde hace meses se encuentra hinchada, deformada sobre todo la cara, no le vale la ropa, cansada y con tendencia al sueño. A la exploración edemas en párpados, tobillos y alopecia en la parte externa de las cejas. Resto de exploración sin hallazgos. Se pide analítica con hormonas tiroideas. En la analítica TSH 143 mU/L, T4L (tiroxina 4 libre) 0,08. Colesterol, CK (creatininasa) alta y alteración de enzimas hepáticas. Resto de analítica normal. Se diagnostica de hipotiroidismo primario. Se inicia tratamiento con L-T4 a dosis de 50 microgramos/día para limitar la incidencia de palpitaciones. En esta paciente la ganancia de peso, los edemas, la alopecia en cejas nos hizo pensar en el diagnóstico y pedir las determinaciones de TSH y T4L para confirmarlo.

Estrategia de actuación:

Ningún síntoma o signo de hipotiroidismo es demasiado sensible o específico para el diagnóstico. La coexistencia de varios de ellos debe hacernos pensar en ello. La confirmación se realizó en la analítica con la TSH alta y T4L baja. El tratamiento se inicia en pacientes sin enfermedad cardiaca con L-T4 a dosis de 1,6 microgramo/Kilo. El objetivo es mantener la TSH en valores normales. Una consideración a destacar es la posibilidad de que coexista una insuficiencia suprarrenal. El riesgo es mayor en hipotiroidismo 2º y 3º y en pacientes con diabetes tipo 1, vitíligo u otras enfermedades autoinmunes. Aquí se solicitará determinaciones de ATCH y cortisol y se pospondrá el tratamiento con T4L.

Palabras clave:

Hypothyroidism

Bibliografía:

- 1.Cano Pérez JF, Carrera Santaliesta MJ, Tomás Santos P. Patología tiroidea. Alteraciones del calcio. En: Martín Zurro A/Cano Pérez F/Gené Badia J. Atención Primaria Problemas de salud en la Medicina de Familia. 7ªed. Barcelona: Elsevier ;2014. p.755-77.
2. Louro González A, Núñez Vázquez A, Córdido Carballido F, Gómez Gómez N, Lois Rodríguez M, Córdido Carro M. Patología tiroidea en atención primaria. FMC. 2016;23(Supl.5):5-33.