

# “Doctora, creo que tengo la gripe: necesito descansar unos días”

Fabra Noguera A<sup>1</sup>, Pablos Herrero E<sup>2</sup>, Sabaté Cintas V<sup>1</sup>, Baré Mañas M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CAP Creu Alta.

<sup>2</sup>CAP de Sant Oleguer.

Sabadell (Barcelona)

¿Cuántas veces nos han dicho esta frase a última hora? Es una tarde de invierno, ya hemos visto a 42 pacientes... Estamos un poco saturados y tenemos delante una paciente con aspecto angustiado casi llorando que nos dice que se encuentra mal y poco más; intuimos que puede haber algo más y por tanto se merece que le dediquemos unos minutos de máxima atención, que a esas horas será difícil. Por consiguiente nos gustaría hacer énfasis y destacar lo que cuesta hacer una buena anamnesis y exploración en ese momento, y no pasar por alto una patología importante inmersa en un contexto de ansiedad, gripe...

El aumento del tamaño del tiroides se detecta en el 15% de la población. La prevalencia de nódulos en la población general es 4-7% y hay un 5% de malignos.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años. Nos dice que lleva 2 meses nerviosa y desde hace 4 días tiene fiebre, dolor muscular... “Creo que tengo la gripe. Con unos días de descanso me recupero. Tengo que cuidar a los niños y no puedo hacerlo todo ahora”. Sin antecedentes de interés.

Exploración: orofaringe y auscultación cardiorrespiratoria dentro de la normalidad. Presenta ojos saltones, palpamos un tiroides nodular con un nódulo de 2,5-3 cm.

Solicitamos ECG, análisis con función tiroidea y anticuerpos antitiroideos, con resultado dentro de la normalidad.

La ecografía tiroidea muestra varios nódulos en ambos lóbulos, uno de ellos de 3 cm, de aspecto

sospechoso, sólido con microcalcificaciones en polo inferior del lóbulo derecho (*figura 1*).

Punción aspiración con aguja fina: extensiones con escaso material celular, elementos de origen folicular, de morfología normal.

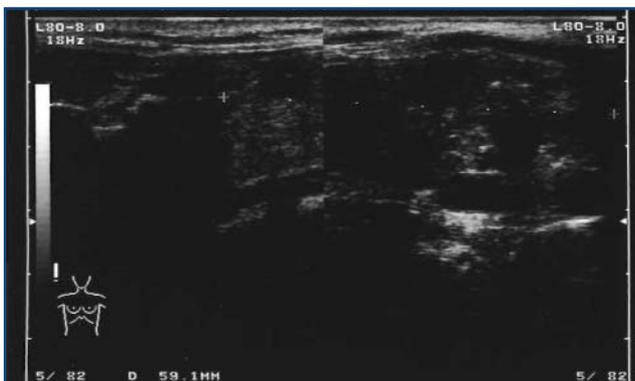
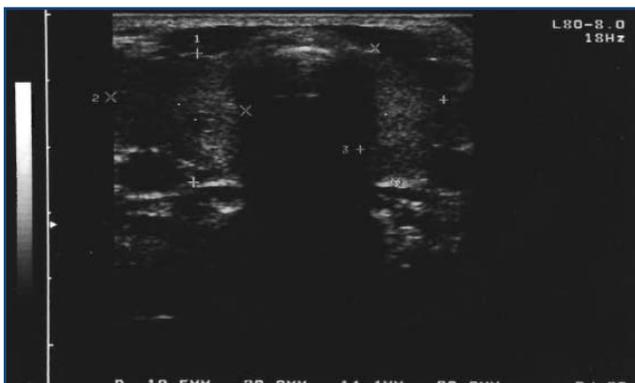
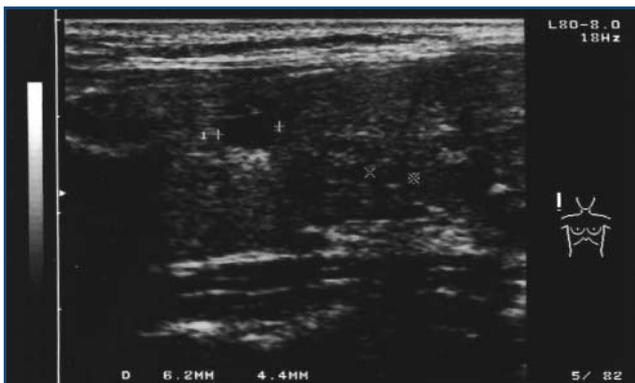
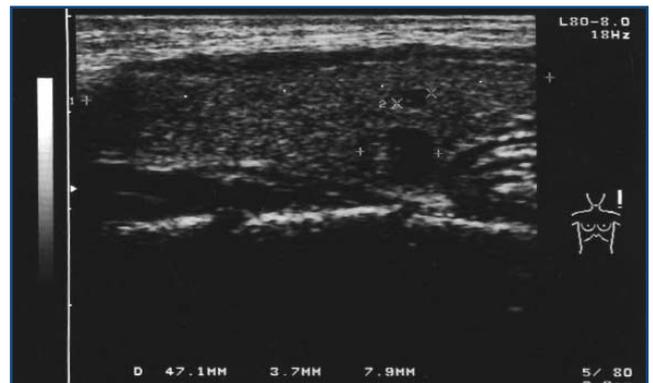
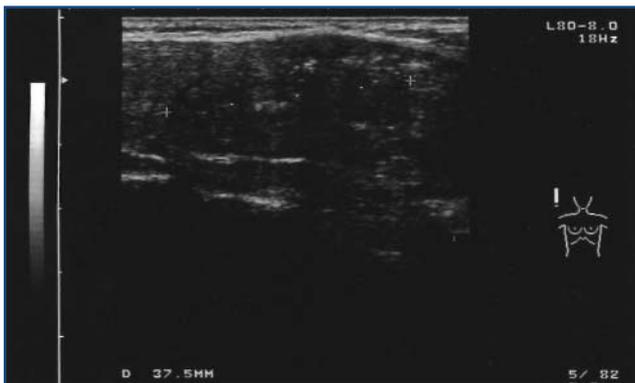
Se decide con la paciente y el cirujano programar intervención. Se le practicó una tiroidectomía total derecha y subtotal izquierda. La anatomía patológica confirma el resultado de benignidad de la citología previa y la sospecha clínica de bocio multinodular.

## COMENTARIO

Era fácil al principio caer en la trampa de etiquetar a esta paciente de ansiedad/angustia y gripe y citarla a control otro día, pero había algo que nos hizo detenernos a explorar el tiroides y resultó que efectivamente el problema estaba ahí.

Como decíamos en la introducción, la patología tiroidea tiene una alta prevalencia en todas las edades y especialmente en el sexo femenino<sup>1</sup>. Llama la atención la clínica y exploración inicial de la paciente, sugestiva de hipertiroidismo, y la normalidad analítica. Ante un bocio multinodular normofuncionante con nódulo sospechoso, citología no determinante, se decide extirpación casi total del tiroides sin tener una confirmación de malignidad: ¿era necesario?

Revisando la literatura se recomienda una tiroidectomía subtotal en casos de compresión local, sospecha de malignidad, hipertiroidismo, problema estético<sup>2</sup>; en artículos publicados recientemente, vemos que se aconseja que si hay un alto riesgo de recurrencia de



Figuras 1

bocio se efectúa tiroidectomía total en manos expertas<sup>3-6</sup>, puesto que algunos estudios encuentran menos morbilidad (menos lesiones del nervio recurrente) en la tiroidectomía total que en la subtotal<sup>7</sup>. Otros estudios aconsejan una tiroidectomía casi total o total frente a la subtotal para evitar tener que completar la tiroidectomía en caso de cáncer, pero parece que los casos de lesiones del nervio recurrente son menores en la tiroidectomía casi total si se compara con la total<sup>8</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de actuación en atención primaria. 2º ed. Semfyc. Barcelona 2002.
2. Zurro M. Atención Primaria. 4ª Ed. Barcelona 1999.
3. Reeve TS, Delbridge L, Cohen A, Crummer P. Total thyroidectomy. The preferred option for multinodular goiter. *Ann Surg* 1987; 206: 782-6.
4. Bellantone R, Lombardi CP, Boscherini M, De Crea C, Alesina P, Traini E, Principi P, Raffaelli M. Total thyroidectomy for management of benign thyroid disease: review of 526 cases. *World J Surg* 2002; 26:1468-71.
5. Thomusch O, Sekulla C, Dralle H. Is primary total thyroidectomy justified in benign multinodular goiter? Results of a prospective quality assurance study of 45 hospitals offering different levels of care. *Chirurg* 2003;74:437-43.
6. Sandonato L, Graceffa G, Cipolla C, Fricano S, Acquaro P, Latteri F, Latteri MA. Benign diseases of the thyroid: indications for surgical treatment and the current role of total thyroidectomy. *Chir Ital* 2003; 55:179-87.
7. Bononi M, De Cesare A, Atella F, Angelini M, Fiero A, Fiori E, Camgemi V, Piat G. Surgical treatment of multinodular goiter: incidence of lesions of the recurrent nerves after total thyroidectomy. *Int Surg* 2000;85:190-3.
8. Erbil y, Barbaros U, Salmalioglu A, Yanik BT, Bozboru A, Ozar-magan S. The advantage of near-total thyroidectomy to avoid postoperative hypoparathyroidism in benign multinodular goiter. *Lan-genbecks Arch Surg* 2006;391: 567-73.