



Clínica cotidiana

Dolor en la cara anterior del cuello con odinofagia de dos meses de evolución

Elena Criado Alonso*, Adrián Karim Bengelloun García, María Remartínez San Pedro, María Esther Minguela Puras, J. Edgar Sábado Angngasing, Francisco Torres Bautista

Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda (Madrid).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de febrero de 2022

Aceptado el 16 de febrero de 2023

On-line el 7 de mayo de 2023

Palabras clave:

Tiroiditis

Hipertiroidismo

Cervicalgia

R E S U M E N

La patología tiroidea es un motivo de consulta frecuente en atención primaria. Aunque los pacientes con hipertiroidismo franco suelen tener una clínica florida, que puede facilitar el diagnóstico, no siempre es así, como puede en el caso de los ancianos y de otras circunstancias concretas.

Para el diagnóstico de hipertiroidismo debe demostrarse la presencia de niveles elevados de hormonas tiroideas (T4 libre y T3 libre) en sangre y además podemos apoyarnos comprobando los valores de los reactantes de fase aguda y los anticuerpos disponibles en atención primaria.

Una vez que se ha diagnosticado la existencia de tirotoxicosis, es importante identificar la causa que lo produce, ya que el tratamiento varía según la etiología. Para ello, contamos con la ayuda de la ecografía clínica, una magnífica herramienta de la que debemos disponer en todos los centros de salud.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Pain in the anterior surface of the neck with odynophagia of two months evolution

A B S T R A C T

Thyroid pathology is a frequent reason for consultation in primary care. Although those patients who have frank hyperthyroidism generally have florid clinical symptoms that can facilitate the diagnosis, this does not always occur, as can be seen in the case of the elderly and other specific circumstances.

The presence of high levels of thyroid hormones (free T4 and free T3) in blood must be demonstrated for the diagnosis of hyperthyroidism and this diagnosis can also be supported in primary care by verifying the values of acute phase reactants and antibodies available.

Keywords:

Thyroiditis

Hyperthyroidism

Cervicalgia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elena.criado.alonso@gmail.com (E. Criado Alonso).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.017>

2254-5506 / © 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Once the existence of thyrotoxicosis has been diagnosed, it is important to identify the cause that produces it, since the treatment varies according to its etiology. To do so, we count on the help of the clinical ultrasound, a magnificent tool that should be available in every health center.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A.

Mujer de 52 años de edad, sin antecedentes personales de interés, sin tratamiento crónico y sin antecedentes familiares de patología tiroidea.

Acude a consulta de atención primaria refiriendo que desde hace 2 meses presenta dolor cervical intermitente en la cara anterior del cuello, que aumenta con la palpación de la zona y se irradia al oído derecho, dificultad para la deglución, pero sin disfagia, y sin fiebre. Además, refiere ambiente epidémico en su domicilio: un hijo con mononucleosis infecciosa antes del comienzo de sus síntomas.

Ha acudido a Urgencias en el centro de salud, al Servicio de Urgencias del hospital y a un otorrinolaringólogo privado. Tras todo ello se le ha indicado tratamiento con azitromicina y paracetamol, con un diagnóstico clínico de faringitis aguda.

Refiere pérdida de 3 kg de peso, apetito conservado, mayor nerviosismo de lo habitual, temblor distal ocasional y palpitaciones.

Durante la exploración física presenta un estado general conservado, mirada y ojos normales; presión arterial 115/68 mmHg; peso 55 kg; talla 162 cm (IMC 21 kg/m²). Exploración otorrinolaringológica: faringe no hiperémica con amígdalas no hipertróficas y sin exudados; otoscopia bilateral normal. Auscultación cardiaca: rítmica, 87 latidos por minuto. Exploración tiroidea: tiroides levemente aumentado de tamaño, no se palpan nódulos, se palpan aisladas adenopatías submandi-

bulares de pequeño tamaño y de características inflamatorias; resto de la exploración normal.

Tras los hallazgos en la exploración física general, realizamos ecografía tiroidea en la consulta. Encontramos un tiroides aumentado de tamaño, abollonado a expensas de ambos lóbulos, con diámetro anteroposterior superior a 2 cm (figura 1), parénquima heterogéneo; área hipoecoica de 1,7 x 1,6 cm en el lóbulo derecho (figura 2), mal delimitada, con Doppler periférico (figura 3), sin presencia de nódulos y con adenopatías laterocervicales blandas y móviles.

En la analítica general se observa un aumento de reactantes de fase aguda, con VSG 58 mm/h, TSH 0,05 uUI/ml, T4 2,14 ng/dl y T3 libre 5,74 ng/dl.

Tras ello, indicamos tratamiento con ibuprofeno (400 mg cada 8 horas) y es remitida a Endocrinología por clínica de hipertiroidismo con un cuadro compatible con tiroiditis subaguda de De Quervain

El diagnóstico es confirmado 3 semanas más tarde.

Comentario

La patología tiroidea es muy común en todas las edades, por lo que, desde atención primaria, debemos estar atentos a los

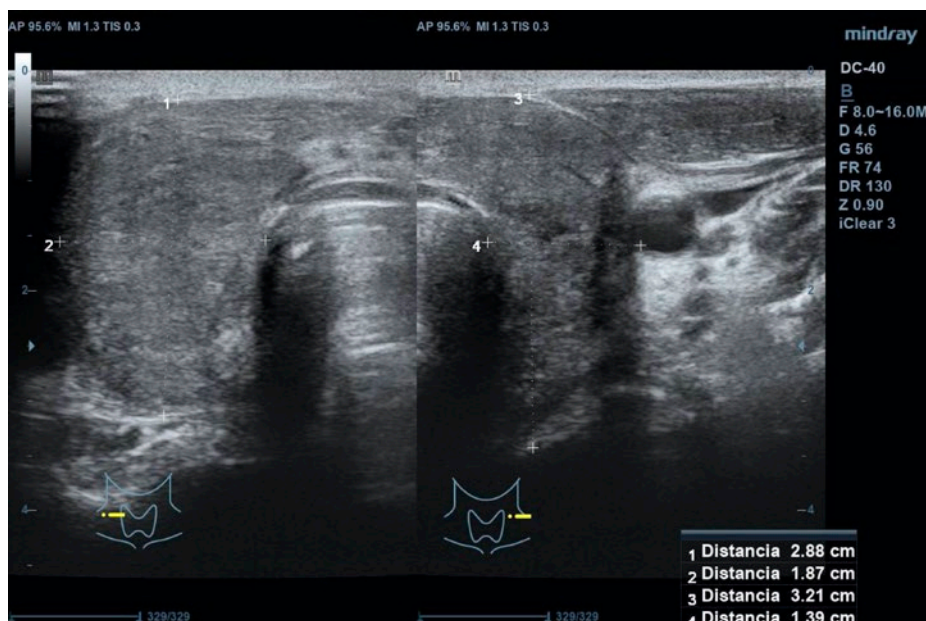


Figura 1 – Corte transversal del tiroides. Se observan los dos lóbulos y un aumento del diámetro anteroposterior.



Figura 2 – Corte transversal del tiroides. Lóbulo derecho con un área hipocóica de 1,7 x 1,6 cm.

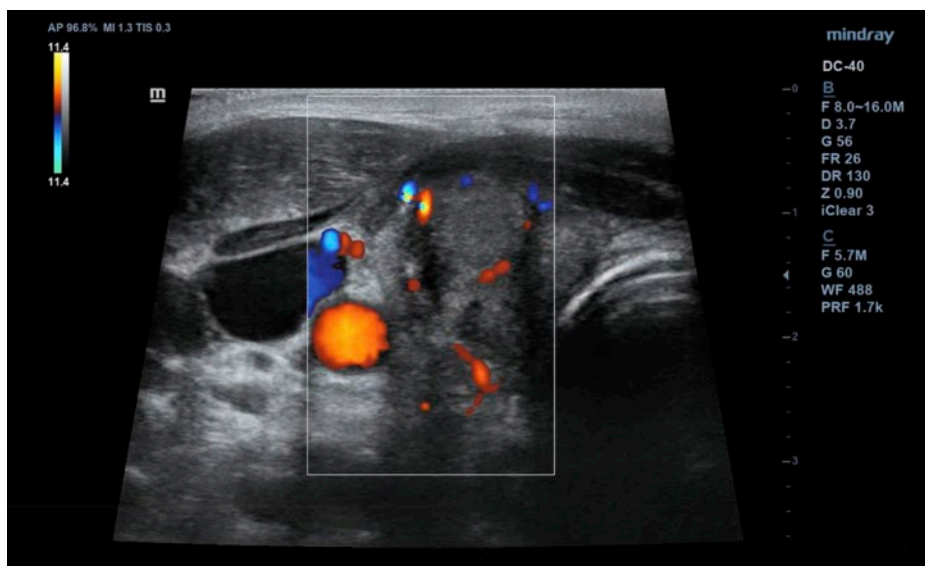


Figura 3 – Lóbulo tiroideo derecho. Con el Doppler aplicado sobre la lesión hipocóica descrita anteriormente se realiza ligeramente el área periférica de la misma; también se observa una adenopatía sin signos ecográficos de malignidad, probablemente inflamatoria, sobre la vena yugular.

síntomas o signos clínicos que puedan presentar nuestros pacientes y que puedan orientar hacia ella.

A pesar de que los pacientes con hipertiroidismo franco suelen tener una clínica florida, no siempre es así, por lo que debemos pensar en esta posibilidad a la hora del diagnóstico diferencial de diversos motivos de consulta, como en nuestro caso, el dolor cervical anterior.

Una vez diagnosticado el hipertiroidismo, debemos determinar su etiología. La ecografía permite realizar una orientación del diagnóstico mucho mejor definida y valorar el mejor abordaje del caso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jaén Díaz JI, Sastre Marcos J, Cerezo López E. Ecografía en las enfermedades del tiroides. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2016.
2. Da de L, Aller R, Romero E. Tiroiditis de De Quervain, diagnóstico diferencial gammagráfico con otras causas de hipertiroidismo. An Med Interna (Madrid). 2002; 19(5): 60-1.
3. Álvarez P, Isidro San Juan MI, Cordero Carballido F. Hipertiroidismo (Revisión 2013). Guías Clínicas Fisterra; 2013.
4. Larry Jameson J, Mandel SJ, Weetman AP. Trastornos de la glándula tiroides. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol 2. 19ª ed. Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J, eds. Mc Graw Hill; 2016. p. 2283-308.