

PRESENTACIÓN DE CASO

Tiroiditis de Quervain De Quervain thyroiditis

Dra. Idania Teresa Mora López*, Dra. María de la Caridad Casanova Moreno**, Lic. Isabel Marina Moncada Rodríguez***

*Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Segundo Grado en Endocrinología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Investigadora Agregada. Profesora Auxiliar. **Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Especialista de Segundo Grado en Endocrinología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Máster en Promoción y Educación para la Salud. Investigadora Auxiliar. Profesora Auxiliar. ***Licenciada en Bioquímica. Máster en Salud Ambiental. Profesora Asistente. Hospital General Docente "Enrique Cabrera". Pinar del Río, Cuba. **Correspondencia** a: Dra. Idania Teresa Mora López, correo electrónico: idaniamora@infomed.sld.cu, mcasanovamoreno@infomed.sld.cu, isamon@infomed.sld.cu.

Recibido: 2 de mayo de 2015

Aprobado: 15 de junio de 2015

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente que asistió a la consulta externa de endocrinología del Hospital General Docente "Enrique Cabrera", Pinar del Río, Cuba; con 62 años de edad, de raza blanca, antecedentes de enfermedad respiratoria alta y, posteriormente, aumento de volumen en la región anterior del cuello, dolor intenso, espontáneo, disfagia, fiebre de 39°C a 40°C y malestar general. Se constata al examen físico un aumento de volumen difuso de la glándula tiroides y dolor a la palpación en la región anterior del cuello. Se decide darle seguimiento ambulatorio. Aspectos significativos en las investigaciones realizadas: hemograma con diferencial y eritrosedimentación; leucocitosis con desviación a la izquierda y eritrosedimentación acelerada, hormonas tiroideas y tiroestimulante normales en el inicio de la tiroiditis y elevada en meses posteriores, confirmando el diagnóstico de hipotiroidismo primario crónico.

Palabras clave: TIROIDITIS DE QUERVAIN; DIAGNÓSTICO; HIPOTIROIDISMO PRIMARIO CRÓNICO.

Descriptor: TIROIDITIS SUBAGUDA; HIPOTIROIDISMO.

SUMMARY

This is a case of a white 62-year-old female patient who attended the outpatient endocrinology consultation at "Enrique Cabrera" Teaching General Hospital with a history of high respiratory disease and later volume increase of her neck's anterior region, spontaneous acute pain, dysphagia, fever of about 39°C to 40°C and general discomfort. Physical examination showed diffuse increase of her thyroid gland and at palpation, pain on her neck's anterior region. Outpatient follow-up is decided. There were significant findings on the research: hemogram and sed. rate: leukocytosis with deviation to the left and accelerated sed. rate, normal thyroidal and thyro-stimulant hormones at the early stage of thyroiditis and high in the later months, what confirmed the diagnosis of chronic primary hypothyroidism.

Key words: THYROIDITIS OF QUERVAIN; DIAGNOSIS; PRIMARY CHRONIC HYPOTHYROIDISM.

Descriptors: THYROIDITIS, SUBACUTE; HYPOTHYROIDISM.

INTRODUCCIÓN

La tiroiditis (granulomatosa o de Quervain o de células gigantes o posviral) fue descubierta en 1902 por Fritz de Quervain, quien en un principio la denominó tiroiditis subaguda no supurativa, al

realizar el informe clínico y anatomopatológico de los primeros casos. Esta entidad es una enfermedad inflamatoria de la glándula tiroides, de etiología infecciosa predominantemente viral, que aparece después de una infección de las vías respiratorias

Citar como: Mora López I, Casanova Moreno M, Moncada Rodríguez I. Tiroiditis de Quervain. Rev. Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015; 40(8). Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/338>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

altas, como amigdalitis, faringitis, otitis y sepsis de la cavidad bucal. (1) Se presenta con mayor frecuencia en las mujeres entre los 20 y 60 años, con un pico en los 30 a 50 años, puede presentarse súbitamente o de manera lenta y gradual, que es lo más frecuente. (1, 2)

Esta afección, aunque es raro, puede debutar con manifestaciones de hipertiroidismo, dada la liberación de hormonas tiroideas por los folículos tiroideos lesionados y después de varias semanas de haber ocurrido la depleción se presenta hipotiroidismo transitorio, recuperándose la función tiroidea tras unas 6 a 12 semanas. En el caso que se está presentando, no hubo recuperación de la función tiroidea, presentando la paciente un hipotiroidismo primario crónico. (1-3)

Por el motivo de lo infrecuente de esta entidad y de la evolución crónica hacia el hipotiroidismo primario, se reporta este caso clínico, con el objetivo de explicar las manifestaciones clínicas y humorales en esta paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 62 años, raza blanca, con antecedentes de infección respiratoria alta (de etiología viral) de 15 días de evolución, acudió a consulta externa de endocrinología por presentar aumento de volumen en la región anterior del cuello, que se acompañaba de dolor intenso, espontáneo y con intensificación a los movimientos de la cabeza y odinofagia, presentaba fiebre de 39 a 40°C y malestar general. A los seis meses de evolución presentaba astenia, somnolencia y caída del cabello.

Examen físico: se constata aumento de volumen difuso y doloroso de la glándula tiroidea, a expensas del istmo y ambos lóbulos, consistencia firme con peso de 30 gramos, aproximadamente.

Se realizó índice de tirotoxicosis para diagnóstico clínico de hipertiroidismo, siendo los valores menores de diez puntos, por tanto negativo de hiperfunción tiroidea.

En meses posteriores durante el seguimiento se detecta al examen físico: edema palpebral, piel seca y áspera y desaparición del aumento de volumen de la glándula tiroidea y de las manifestaciones dolorosas.

Exámenes complementarios:

Hb: 12 g/l; leucocitos 12000 x 10 (Linfocitos 17,2 %, monocitos 0,59 %, segmentarios 0,51 %, eosinófilos 0,22 %, basófilos 0,09 %, plaquetas 300x10⁹; hormonas tiroideas: Triyodotironina (T3): 1,3 nmoles/l y Tetrayodotironina (T4): 100nmoles/l: normales; hormona tiroestimulante al inicio de la tiroiditis (TSH): 0,27 MUI /l: normal; hormona tiroestimulante meses posteriores (TSH): 10 MUI /l: elevada; VSG 80 mm Hg; ultrasonido tiroideo: tiroidea aumentado de tamaño, con aspecto heterogéneo.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de tiroiditis de Quervain se basó en las manifestaciones clínicas de aumento de volumen difuso y doloroso sobre la glándula tiroidea, intensificado con los movimientos de la cabeza y la deglución, fiebre de 39 a 40°C, malestar general y antecedentes de infección respiratoria alta viral; el ultrasonido tiroideo corrobora el examen físico y humoralmente leucocitosis a predominio de linfocitos, eritrosedimentación elevada y hormonas tiroideas normales en el inicio del proceso inflamatorio, al igual que la hormona tiroestimulante del tiroidea. En meses posteriores las hormonas tiroideas permanecen normales con hormona tiroestimulante elevada, detectada durante el seguimiento en la consulta externa de endocrinología, en una paciente que refiere astenia, somnolencia, caída del cabello y edema palpebral, que confirmó el hipotiroidismo primario crónico y no transitorio.

En esta paciente no se realizó biopsia aspirativa con aguja fina, por la intensidad del dolor sobre la glándula tiroidea, estudio que es importante en los casos de duda diagnóstica y no en el caso presentado.

Confirmada la tiroiditis de Quervain, se indicaron medidas generales como reposo, dieta blanda y medidas específicas dadas por el uso de analgésicos como el ácido acetil salicílico (500mgs), a razón de dos gramos diarios.

La evolución de la paciente fue favorable, no necesitando hospitalización, fue tratada ambulatoriamente, siempre comunicándole a la paciente que la función tiroidea se restablece en semanas o meses, o puede no restablecerse, motivo por el cual es importante el seguimiento semanal en las primeras dos semanas y después, según la evolución, en consulta, para la detección temprana de alguna complicación.

En el caso clínico presentado, al diagnosticarse hipotiroidismo primario, se estableció tratamiento sustitutivo con levotiroxina sódica (0,1mg) a razón de 1,7 microgramos por Kg de peso al día, comenzando con la mitad de la dosis y en el seguimiento a las seis semanas se completó la dosis total.

Actualmente la paciente se encuentra eutiroidea clínicamente, pues no presenta los síntomas que dieron origen a la enfermedad (astenia, somnolencia, caída del cabello, edema palpebral y piel áspera); además de desaparecer el aumento de volumen de la glándula tiroidea y las manifestaciones dolorosas. Del mismo modo la paciente se encuentra eutiroidea humoralmente al presentar la hormona tiroestimulante del tiroidea (TSH), valores normales, como al inicio de la tiroiditis (0,27MUI/L).

La tiroiditis subaguda de Quervain se caracteriza por malestar general, fiebre, o febrícula, aumento de

volumen nodular o difuso y doloroso, generalmente unilateral en la glándula tiroidea, que se intensifica con la palpación, movimientos del cuello y la deglución, con irradiación al oído, mandíbula y estructuras vecinas. Es la causa más frecuente de dolor en la glándula tiroidea y ocurre en el cinco por ciento de los pacientes con enfermedad clínica tiroidea de etiología vírica, de ahí unas de las denominaciones (posviral), precedida de infección de las vías respiratorias altas, frecuente en los meses de verano y otoño, coincidiendo con el pico de incidencia de las infecciones por enterovirus. En esta entidad entre el 25 y el 50 % presentan hipertiroidismo en el debut o transcurso de proceso inflamatorio, menos del 5 % presentan hipotiroidismo y el 95 % logran eutiroidismo clínico-humoral en el período de seis a doce semanas. (1-3)

El diagnóstico de la entidad es eminentemente clínico, la determinación de los estudios hormonales corroboran el estado funcional presente en el paciente y el estudio anatomopatológico expresa la existencia de celularidad variable (células foliculares e inflamatorias y destrucción del parénquima por células gigantes multinucleadas, histiocitos epitelioides, que infiltran al folículo con formación de granulomas. (3)

La entidad presentada debe ser diferenciada de la enfermedad de Graves Basedow, causa más frecuente de hipertiroidismo en nuestro medio, representa el 70 % y se caracteriza por tirotoxicosis, bocio y manifestaciones extratiroideas, entre ellas orbitopatía, que en ocasiones sigue un curso independiente de la enfermedad tiroidea, acropaquia

tiroidea y onicólisis; humoralmente, hormonas tiroideas elevadas y hormona tiroestimulante suprimida. (4)

Otro diagnóstico diferencial es la tiroiditis silente, reportada por Nobuyuki Amino y colaboradores en 1977, clínicamente semejante a la tiroiditis de Quervain, con presencia de bocio sin manifestaciones dolorosas y con presentación en la embarazada después del parto, de posible origen autoinmune, debido a estudios serológicos positivos. (5-8)

En la literatura consultada el tratamiento de esta entidad debe ser sintomático y preservando el eutiroidismo, con medidas generales como el reposo, dieta líquida o blanda según tolerancia, sea hospitalizado o tratado ambulatoriamente el paciente, y medidas específicas, como uso de analgésicos: aspirina (0,5 gramos cada 6-8 horas), antiinflamatorios no esteroideos (1,5-2 gramos al día) y corticosteroides (30-40 microgramos al día), cuando después de dos semanas de evolución no es favorable, esta dosis se disminuye en tres a cuatro semanas gradualmente, mejorando el paciente en 48 horas. (9, 10)

El conocimiento y diferenciación adecuados por parte del médico de asistencia de la tiroiditis de Quervain puede variar de forma rápida y en bien del paciente, la evolución y el pronóstico de la enfermedad. En esta afección se recupera la función tiroidea tras unas 6 a 12 semanas; de no diagnosticarse, el paciente hace una evolución crónica hacia el hipotiroidismo primario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Vasallo-Palermo M, Bandres-Urbina M. Revisión histórica de la tiroiditis. Rev. Venezolana de Cir. [revista en internet]. 2009 [citado 2 de julio 2015]; 62(4): 144-149. Disponible en: <http://sociedadvenezolana.decirugia.org/site/category/revista-svc/2009/>.
2. Pila-Pérez R, Campos-Price D. Tiroiditis subaguda como causa de fiebre de origen desconocido. reporte de un caso. AMC [revista en internet]. 2014 [citado 2 de julio 2015]; 10(5). Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2802>.
3. Castro Morillo AM, Castañeda Muñoz ÁM, Madruga Vázquez K, Hernández Fernández DM, González Rodríguez D, Rufín Bergado AM. Tiroiditis granulomatosa de De Quervain. Diagnóstico por citología con aspiración por aguja fina. Rev. Med. Electrón [revista en internet]. 2013, Feb [citado 2 de julio 2015]; 35(1): 52-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-182420130001000006&lng=es.
4. Infante Amorós A, Turcios Tristá SE. Hipertiroidismo. Rev Cubana Endocrinol [revista en internet]. 2012, Dic [citado 2 de julio 2015]; 23(3): 213-220. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-295320120003000005&lng=es.
5. Italo Marsiglia G. Espectro clínico patológico del tiroides. Gac Méd Caracas [revista en internet]. 2007 [citado 2 de julio 2015]; 115(2): 93-108. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0367-47622007000200002&script=sci_arttext.
6. Ruiz Hernández I, Cano Soler A, Méndez Alonso AY, García Guell A. Tiroiditis de Quervain. Informe de caso. Rev. Med. Electrón [revista en internet]. 2013, Ago [citado 2 de junio 2015]; 35(4): 397-403. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242013000400009&lng=es.
7. Padron Chacón R. Sistema Endocrino. Temas de Medicina en Periodoncia Parte VII. Cap 27-30. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2014.

8. Romero Cabrera, AL. Sistema Endocrino. En: Asistencia Clínica del adulto mayor. Capítulo 16. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2012.
9. Gurwitz J. Trastornos tiroideos. Sección 2: Enfermedades endocrinas y metabólicas. Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento [en línea]. España Elsevier; 2007 [citado 2 de julio 2015]. Disponible en: <http://manualmerck.tripod.com/>.
10. Botella JI, Valero MA, Timón IM, Álvarez F, García G, Luque M, et al. Patologías tiroideas. Manual de diagnóstico y terapéutica en endocrinología y nutrición. Servicio de endocrinología Hospital Ramón y Cajal. Madrid: Editorial Novo Nordisk Pharma SA; 2004.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.