

Unidad Académica
Clínica Médica 2



ATENEO CLÍNICO

AEPSM

Tutora: Dra. Natalia Piñeiro
Dra. Fernanda Llambí

CASO CLÍNICO

SM, 43 años. Procedente de Montevideo.

AP

- **Dislipemia** en tratamiento con pitavastatina 10 mg/día.
- **SII** diagnosticado hace 10 años. En seguimiento por gastroenterología. Colonoscopia previa con toma de biopsias escalonadas sin hallazgos de EII. Estudios AP sin criterios para colitis. Calprotectina fecal normal (04/2025). Dos episodios de abscesos perianales (11/24 y 03/2025), ambos resueltos con drenajes quirúrgicos.
- **Hiperferritinemia** en control con gastroenterología y medicina interna, con estudios negativos para hemocromatosis hereditaria.
- Niega hábitos tóxicos
- Niega alergias farmacológicas.

ANAMNESIS

MC: Fiebre

EA:

Cuadro de 5 semanas de evolución de fiebre hasta 39°C, a predominio vespertino, acompañado de dolor en cuello, odinofagia, artralgias, astenia y diaforesis nocturna. Niega tos, disnea, dolor torácico ni lesiones en piel.

Refiere adelgazamiento de 5 kg en el último mes.

Antecedente de viaje a zona rural en Florida (cabañas). En abril viaja a México.

Niega procedimientos invasivos previos.

Niega contacto con animales.

No consumo de drogas ilícitas ni nuevos fármacos.

10 días previos al ingreso recibe tratamiento con Amoxicilina Clavulánico con planteo de faringoamigdalitis bacteriana.

EXAMEN FÍSICO

Buen estado general, bien orientado en tiempo y espacio. TAX 38.0°C.

Piel y mucosas: Normocoloreadas, bien hidratado y perfundido. Sin lesiones.

LG. No adenomegalias.

Orofaringe: Sin lesiones ulceradas, no focos sépticos dentarios.

Cuello: No se palpa bocio.

CV. Ritmo regular, FC 110 cpm. RBG, SSL, sincrónico con periférico. PA 120/60 mmHg.

PP: Eupneico. MAV presente y bilateral, sin estertores. SatO₂ 97% VEA.

ABD: Blando, depresible, indoloro. No se palpan visceromegalias. Sin elementos de irritación peritoneal.

PNM. GCS 15. PPCC s/p. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Sin signos de irritación meníngea.

En suma:

SM, 43 años

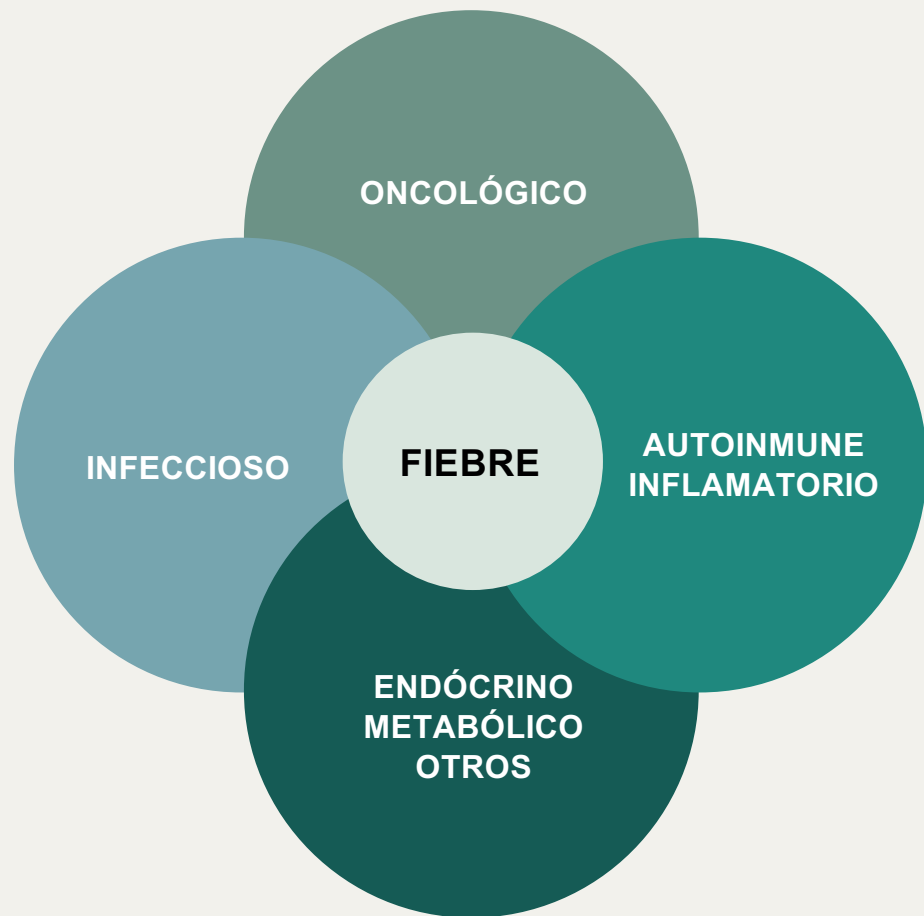
Dislipémico

Síndrome de intestino irritable sin evidencia de EII.

Hiperferritinemia en seguimiento.

Síndrome febril prolongado acompañado de repercusión general.

Ingresa para completar estudio etiológico.



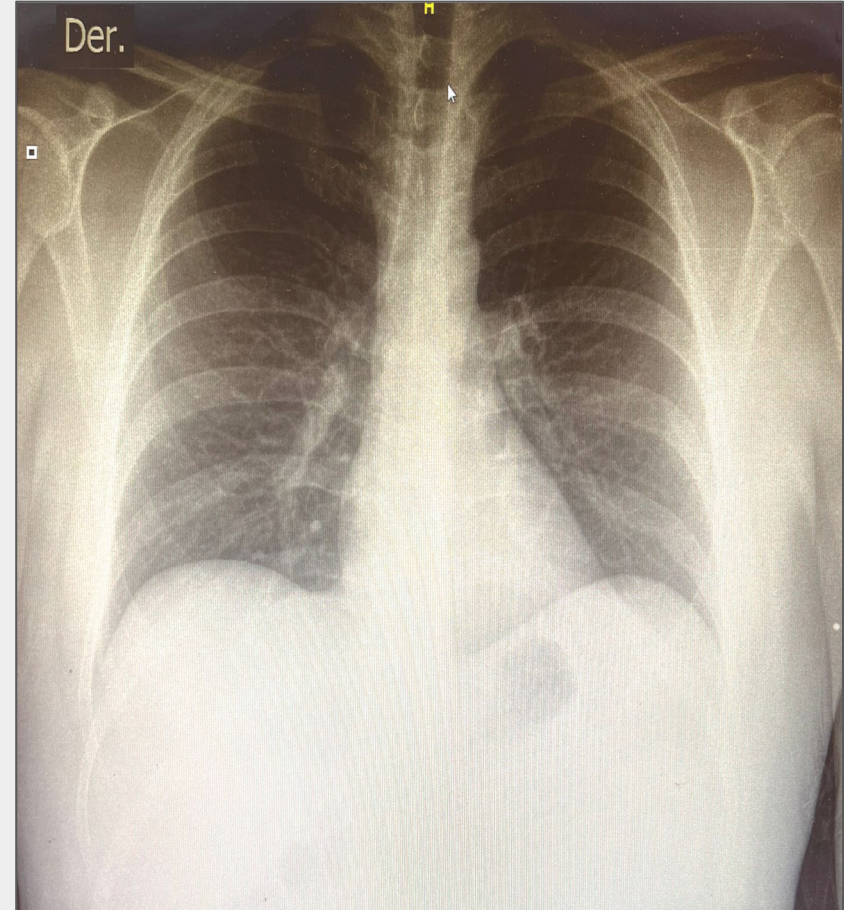
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

LABORATORIO INICIAL

- *Hemograma*: **Hb** 12.9 g/dL. **Plaquetas** 338.000/mm³.
Leucocitos 12.200/mm³ (91% neutrófilos), Neu 9.1 /mm³
- *FR*: **Cr** 0.70 mg/dL. Sin disonías.
- *Funcional hepático*: **BT** 0.29 mg/dL. **GPT** 117 - **GOT** 77. Resto sin particularidades.
- *Examen de orina*: Límpido. Nitritos, esterasa leucocitaria y leucocitos negativos

ECOGRAFÍA DE ABDOMEN Y APARATO URINARIO

Sin alteraciones estructurales ni signos de procesos inflamatorios o expansivos



ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS Y SEROLÓGICOS



- HC x 2 S/D.
- UC 0 UFC/mL.
- BAAR en esputo: (-)
- HIV, VHB y VHC (-)
- Toxoplasma y CMV: (-)
- VEB IgG + / IgM -
- Leptospira (-)

PANEL AUTOINMUNE / INFLAMATORIO



- ANA: (-)
- Ac ANTI CCP: (-)
- FR: (-)
- RFA:
 - PCR 58 mg/L,
 - VES 100.
 - Ferritina 1073 ng/mL

ONCOLÓGICO



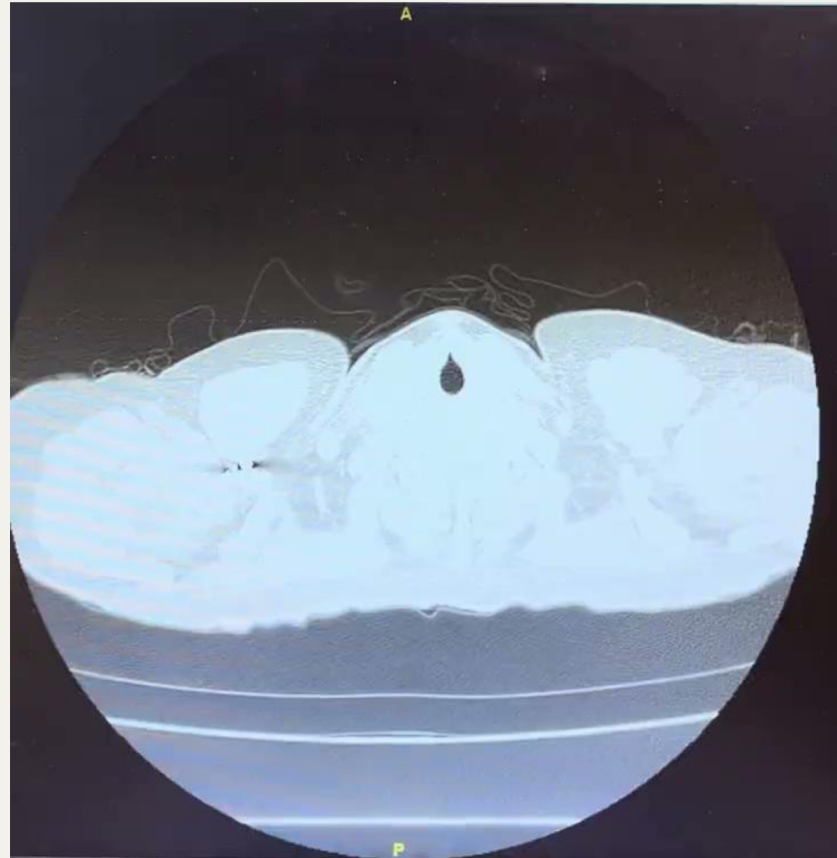
- TAC TAP
- B2 microglobulina 1410 ug/L (ref. 1090 - 2530)
- LDH 126 U/L (ref: 125 - 220)

ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS

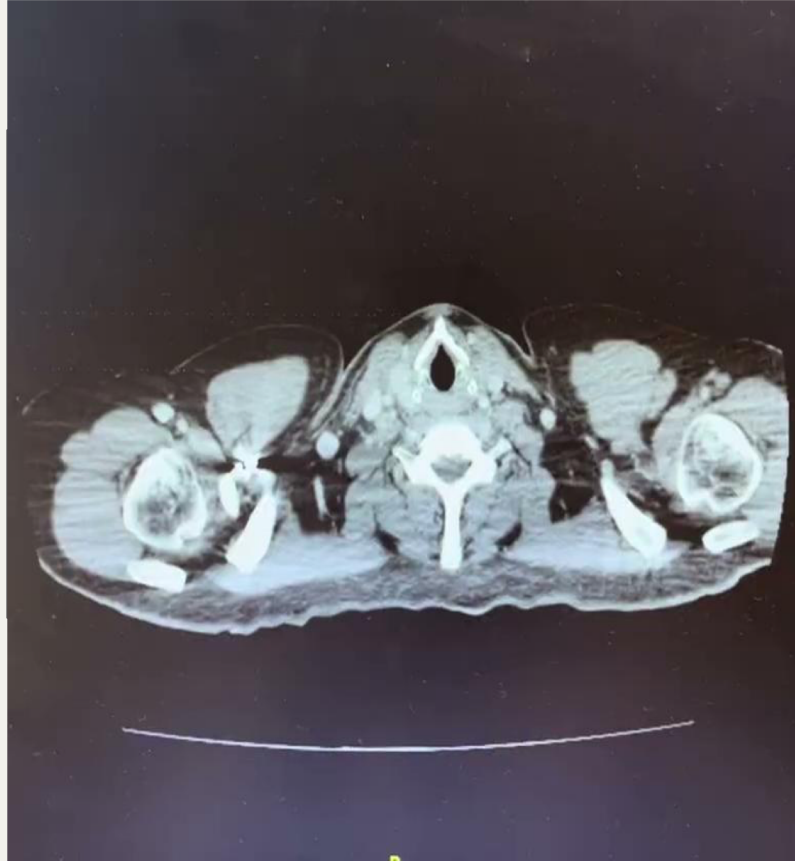


- *ETT: VI de dimensiones normales con espesor parietal normal. FEVI conservada estimada en 65%. Sin masas por éste método.*
- ECG: TS, FC 100 cpm.

TC TÓRAX ABDOMEN Y PELVIS



TC TÓRAX ABDOMEN Y PELVIS



PERFIL TIROIDEO

TSH: < a 0,0083 uUI/mL

T3L: 5.04 pg/mL

T4L 2.16 ng/dL



ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON DOPPLER COLOR

Glándula tiroides de tamaño y forma habitual, de ecoestructura heterogénea multinodular sin nódulos definidos, con vascularización conservada a la señal Doppler color.

LD: Mide 31 mm L x 34 mm. AP x 15 mm.

LI: Mide 30 mm L x 28 mm. AP x 17 mm.

Peso de glándula 15 gramos.

**HIPERTIROIDISMO
PRIMARIO**



ENFERMEDAD DE GRAVES BASEDOW



TIROIDITIS SUBAGUDA

CARACTERÍSTICAS	Paciente	Tiroiditis subaguda	Enfermedad de Graves Basedow
Clínica	Cuadro de 5 semanas de evolución (fiebre + dolor de cuello + adelgazamiento + diaforesis nocturna)	Tiroides dolorosa, fiebre, tirotoxicosis seguida de hipotiroidismo	Síntomas típicos de tirotoxicosis progresivos y persistentes.
Dolor tiroideo	SI	Frecuente	Ausente
Orbitopatía	NO	Ausente	Frecuente
TSH	TSH: < a 0,0083 uUI/mL	Suprimida	Suprimida
T4/T3	T3L: 5.04 pg/mL T4L 2.16 ng/dL	Elevadas	Elevadas
RFA	PCR 58 mg/L VES 100 Ferritina 1073 ng/mL	Elevados	En rango
Tiroglobulina	157 ng/mL	Elevada	Normal o levemente elevada
TSI (Ig estimulante de tiroides)	Negativos	Negativos	Positivos >95%
Anticuerpos TPO/TG	Negativos	Negativos	Positivos (60-80%)
Centellograma tiroideo	No se realiza	Captación disminuida o nula	Captación aumentada difusamente
Ecografía tiroidea	Vascularización conservada	Hipoecogenicidad parcheada, vascularización conservada.	Hipoecogenicidad difusa, vascularización aumentada

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO AL ALTA

- AINES
- Prednisona 20 mg/día
- Metimazol 5 mg/día

SEGUIMIENTO

Policlínica de Medicina Interna y Endocrinología

EVOLUCIÓN

Mejoría progresiva de tirotoxicosis.

No reitera registros febriles

Dolor controlado

- VES 10
- PCR 5 mg/L
- Normalización de funcional hepático

TIROIDITIS SUBAGUDA DE QUERVAIN

TIROIDITIS SUBAGUDA DE QUERVAIN

CONCEPTOS GENERALES

Proceso inflamatorio de la glándula tiroides, autolimitada y generalmente dolorosa. Habitualmente desencadenada por una infección viral o post-viral, que produce destrucción folicular con liberación de hormonas tiroideas al torrente sanguíneo.

Es una causa poco frecuente de hipertiroidismo.

INCIDENCIA

EE.UU (*Olmsted County*)

- 4,9 casos / 100.000 habitantes al año.
- Predomina en mujeres (4:1) con un pico entre los 30 - 50 años

Comparative Study > J Clin Endocrinol Metab. 2003 May;88(5):2100-5.

doi: 10.1210/jc.2002-021799.

Clinical features and outcome of subacute thyroiditis in an incidence cohort: Olmsted County, Minnesota, study

Vahab Fatourechi ¹, Jaroslaw P Aniszewski, Guiti Z Eghbali Fatourechi, Elizabeth J Atkinson, Steven J Jacobsen

Affiliations + expand

PMID: 12727961 DOI: 10.1210/jc.2002-021799

TIROIDITIS SUBAGUDA DE QUERVAIN

PATOGENIA

Desencadenado por infección viral



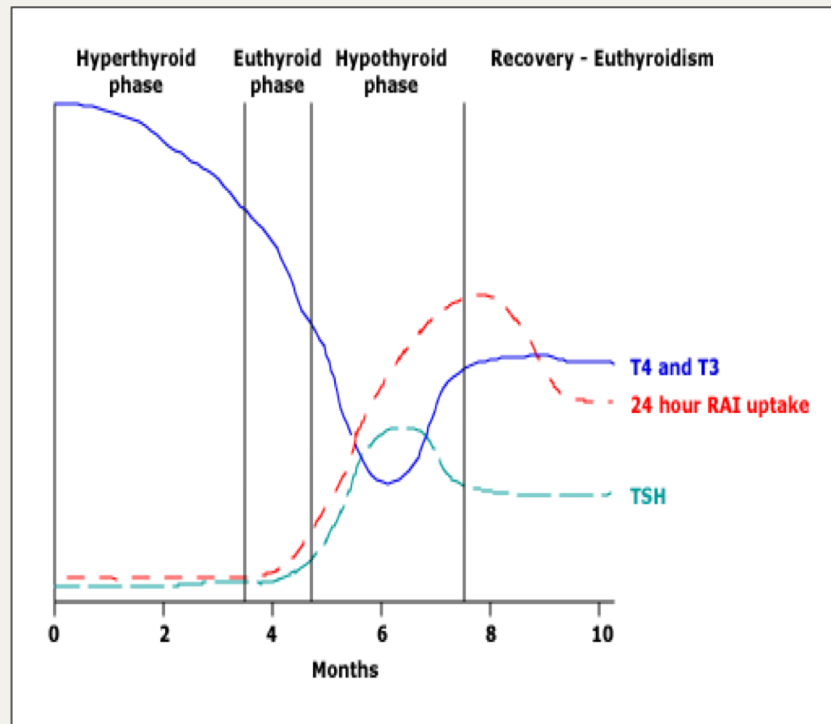
Inflamación destructiva de la glándula



Ruptura folicular

CURSO EN FASES

- 1) Tirototoxicosis
- 2) Eutiroidismo
- 3) Hipotiroidismo
- 4) Recuperación.



TIROIDITIS SUBAGUDA DE QUERVAIN

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **Dolor tiroideo** intenso, sensibilidad marcada (irradiado a mandíbula u oído).
- **Síntomas sistémicos**: malestar, fiebre (leve–moderada) mialgias, artralgias.
- **Síntomas de tirotoxicosis** (≈50%): palpitaciones, intolerancia al calor, nerviosismo, temblor, sudoración.

DIAGNÓSTICO → CLÍNICO

LABORATORIO

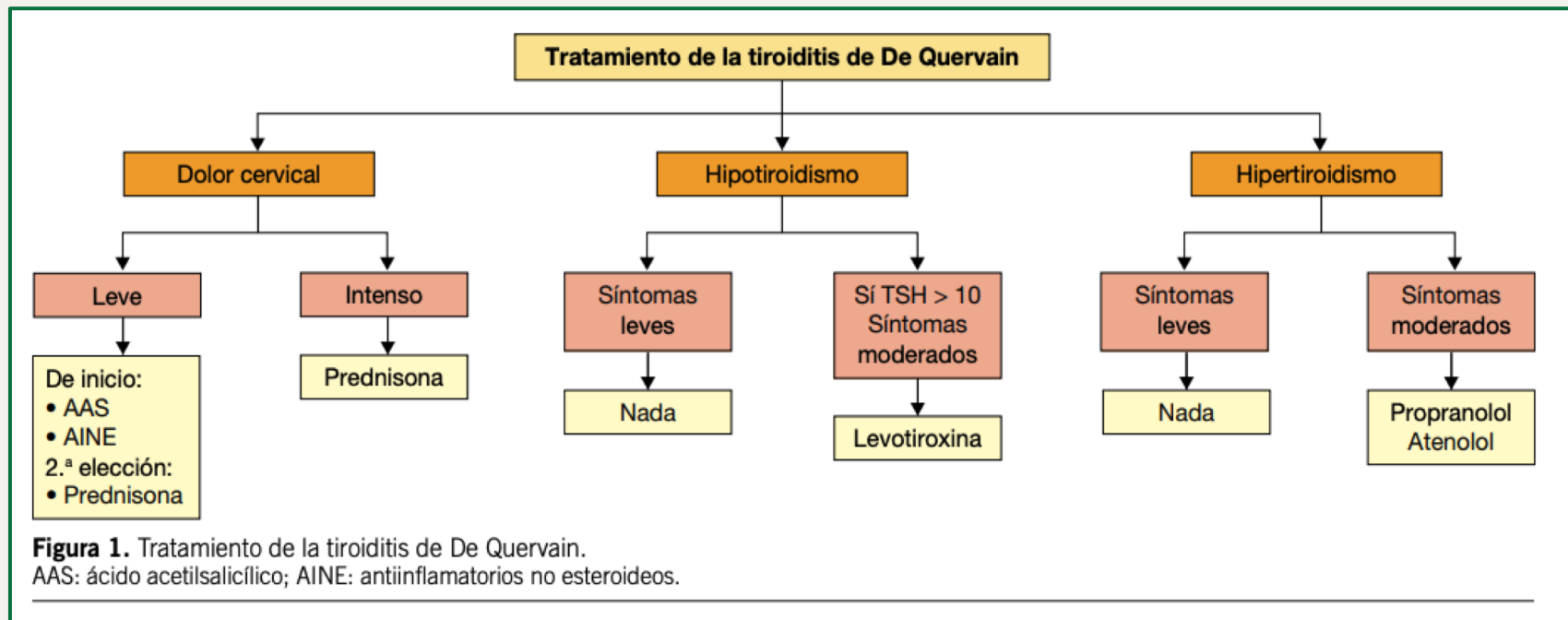
- *TSH*
- *T3L, T4L*
- *VES, PCR*
- *Inmunoglobulina estimulante de tiroides (TSI)*
- *Tiroglobulina*

IMAGEN

- *Centellograma tiroideo* captación baja.
- *Ecografía tiroidea* hipoecogénica focal
- *Doppler* flujo conservado

OTROS

- *PAAF* si sospecha de absceso o neoplasia



TIROIDITIS SUBAGUDA DE QUERVAIN

PRONÓSTICO

Curso autolimitado: la mayoría de los pacientes recupera la función tiroidea normal en 2–6 meses.

Puede **recurrir** en hasta un 2,8 a 4% de los pacientes.

Hipotiroidismo permanente: se desarrolla en 5–15% de los pacientes; riesgo mayor si:

- Participación bilateral en la ecografía tiroidea
- TSH elevada al tercer mes de evolución
- Anticuerpos anti-TPO y anti-Tg positivos

Bratislava Medical Journal
<https://doi.org/10.1007/s44411-025-00209-2>

RESEARCH

Prediction of Permanent Hypothyroidism Subsequent to Subacute Thyroiditis: A Retrospective Study

Eda Demir Onal¹  · Zeynep Cetin² 

Received: 9 April 2025 / Revised: 20 May 2025 / Accepted: 23 May 2025
© The Author(s) 2025

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil-Fournier Esquerra N, Trifu DS, Niddam Sánchez R, Rodríguez Troyano MJ. *Tiroiditis*. Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España.
2. Rioja Delgado EM, Peláez Laguno C, Navas Martín L, Cortiguera Landa I, Rodríguez Muñoz J. *Tiroiditis no autoinmunes y por fármacos*. Centro de Salud El Greco, Getafe, Madrid, España.
3. Marsiglia G I. *Estudio clínico y epidemiológico de la tiroiditis subaguda (tiroiditis granulomatosa de de Quervain)*. Tesis doctoral en Ciencias Médicas, mención Medicina Interna (versión abreviada). Escuela de Medicina "Luis Razetti", Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela; 27 sep 2005. Aprobada con mención honorífica.
4. Burman KD, Ross DS (ed), Mulder JE (ed adj). *Tiroiditis subaguda*. UpToDate. Actualización de literatura hasta julio de 2025. Última revisión 21 mayo 2025.
5. Fatourehchi V, Aniszewski JP, Fatourehchi GZ, Atkinson EJ, Jacobsen SJ. Clinical features and outcome of subacute thyroiditis in an incidence cohort: Olmsted County, Minnesota, study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(5):2100-5.
6. Onal ED, Cetin Z. Prediction of Permanent Hypothyroidism Subsequent to Subacute Thyroiditis: A Retrospective Study. *Bratislava Medical Journal*. 2025.
7. Majety P, Hennessey JV. Tiroiditis aguda, subaguda y de Riedel. *Endotext*. Última actualización: 25 de julio de 2022.