

NOTA CLÍNICA



Gac Med Bilbao. 2018;115(4):186-188

Tiroiditis de De Quervain como causa de fiebre de origen desconocido

J. Zabala-del Arco^a, G. Solano-Iturri^{a, b}, A. Pinedo-García^a, S. Galán-Corbacho^a

(a) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Basurto (Osakidetza). Bilbao. Bizkaia. Euskadi. España

(b) Departamento de Medicina. Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Euskadi. España

Recibido el 27 de diciembre de 2017; aceptado el 24 de enero de 2018

PALABRAS CLAVE

Tiroiditis.
Quervain.
Fiebre.
Origen.
Desconocido.

Resumen:

Introducción. Las infecciones, tumores y procesos inflamatorios son las causas más frecuentes de fiebre de origen desconocido (FOD). La tiroiditis subaguda de De Quervain puede debutar con fiebre aun en ausencia de síntomas inflamatorios a nivel tiroideo (bocio).

Caso clínico. Paciente de 44 años, que ingresó por fiebre superior a 38°C de tres semanas de evolución, junto con tos seca, otodinia, cefalea y pérdida ponderal. Se realizó estudio sistémico sin objetivarse causa aparente del cuadro, comenzando el quinto día de ingreso con dolor cervical anterior, molestias mandibulares y palpitaciones. Se realizó estudio de hormonas tiroideas, detectándose TSH disminuida y T3 y T4 elevadas. Ante la sospecha de tiroiditis subaguda, posteriormente confirmada mediante estudio gammagráfico, se pautó betabloqueante y antiinflamatorio, con resolución clínica y analítica del cuadro.

Discusión y conclusiones. Aunque la tiroiditis subaguda sin sintomatología local no suele ser forma de presentación de FOD, debe ser incluida en el proceso de diagnóstico diferencial de la misma. La realización de hormonas tiroideas de forma sistemática en situaciones similares, contribuye a un diagnóstico precoz y la resolución del cuadro mediante tratamiento específico, tal y como ilustra este caso.

© 2018 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Thyroiditis.
Quervain.
Fever.
Origin.
Unknown.

Quervain's thyroiditis as a cause of fever of unknown origin

Abstract:

Introduction. Infections, tumors or inflammations are some of the principal causes of fever of unknown origin (FUO). Quervain's subacute thyroiditis can start only with fever, without local inflammatory symptoms (goiter).

Case report. 44-year-old man, who was admitted to the Hospital with body temperature above 38 °C during the last 3 weeks, non-productive cough, earache, headache and losing weight. We found apparently no cause of fever in a systematic study. After five days, he began with

anterior cervical pain, mandibular discomfort and heart palpitations. TSH was low and T3 and T4 were high in blood test. Thus, subacute thyroiditis was suspected and confirmed by gammagraphy. He was treated with beta blockers and nonsteroidal anti-inflammatory drugs, disappearing symptoms and normalizing thyroid hormones.

Discussion and conclusions. although rare, subacute thyroiditis without local symptoms must be considered in the differential diagnosis of FUO. Thyroid hormones should be measured in all cases like this, in order to achieve a prompt diagnosis and treatment to full recovery.

© 2018 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

De Quervainen tiroiditisa jatorri ezezaguneko sukarraren kausa bezala

Laburpena:

Sarrera. Infekzioak, tumoreak eta hanturazko prozesuak jatorri ezezaguneko sukarreko (JES) kausarik ohikoenak dira. De Quervainen tiroiditisa sukarrarekin aurkez daiteke, hanturazko sintoma lokalak (goloa) gabe.

Kasu Klinikoa. 44 urteko pazientea, hiru bilakaera-asteko 38°C-a baino gehiagoko sukarrara, eztula, otodinia, zefalea eta pisu galerarekin ingresatu zen. Ikerketa sistemikoa egin zen baina koadroaren itxurazko kausa aurkitu gabe. Bost egun pasa eta gero, aurreko min zerbikala, masailezurereko eragozpenak eta taupadak agertu ziren. Hormona tiroideoko analisisa egin zen; TSH gutxituta eta T3 eta T4 gehituak zeuzkan. Tiroiditis subakutu susmoarekin, gammagrafiaren bitartez egiaztatuta, beta-blokeatzailea eta hanturaren kontrako ez esteroidea eman zizkieten; pazientea sendatu zen eta hormona tiroideoak bere onera etorri ziren.

Ondorioak. nahiz eta sintoma lokalik gabeko tiroiditis subakutua JES-etako aurkezpen era arrunta ez izan, diagnostiko diferentzialeko prozesuan sartu behar da. Sistematikoki hormona tiroideoak egin behar dira, diagnostiko goiztiar lortzeko eta tratamendu espezifikoa jartzeko laguntzen dutelako, kasu honek erakusten duen moduan.

© 2018 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Tiroiditis.
Quervain.
Sukarra.
Jatorria.
Ezezaguna

Introducción

La fiebre de origen desconocido (FOD) fue descrita en 1961 por Petersdorf y Beenson como un síndrome clínico caracterizado por temperatura superior a 38,3 °C persistente, de más de 3 semanas de duración y sin diagnóstico tras una semana de estudio en un centro hospitalario.

La tiroiditis subaguda granulomatosa de De Quervain, también conocida como tiroiditis subaguda, de células gigantes o granulomatosa, es una entidad más frecuente en mujeres y en la década de los 40-50 años, que se produce tras un proceso infeccioso viral del tracto respiratorio superior en la mayoría de los casos¹. El síntoma de presentación más frecuente es el dolor de cuello con síntomas inflamatorios locales (bocio), pudiendo irradiarse a oídos, mandíbula y faringe. Puede cursar con sintomatología general como astenia, mialgias y fiebre.

Presentamos a continuación el caso de un paciente ingresado en nuestro servicio de Medicina Interna por FOD, con el fin de remarcar la posibilidad diagnóstica de la tiroiditis de De Quervain dentro del diagnóstico diferencial de este síndrome.

Caso clínico

Se trata de un varón de 44 años, sin antecedentes personales, familiares ni epidemiológicos de interés para el episodio actual, salvo la realización de forma habitual de

marchas de montaña, que consultó por fiebre de 38,5 °C durante las tres últimas semanas, asociando tos seca, otodinia, cefalea y pérdida de 2 kg de peso, con apetito conservado. En la exploración física, a excepción de la fiebre, no presentó otras alteraciones relevantes.

En los análisis destacó VSG 67 mm 1.^a hora y proteína C reactiva (PCR) 50,4 mg/l, encontrándose el resto de parámetros hematológicos y bioquímicos dentro de la normalidad. Las serologías para VHB, VHC, lúes, VIH, viral respiratoria y neumonías atípicas, interferón gamma, urocultivo y hemocultivos resultaron negativas, así como el estudio de autoinmunidad que incluyó ANAs, ANCA, Factor reumatoide, C3, C4 y enzima convertidora de la angiotensina. La TAC toraco-abdomino-pélvica, el ECG y el ecocardiograma transtorácico no mostraron hallazgos significativos.

El quinto día del ingreso, el paciente comenzó con dolor en zona cervical anterior, junto con molestias en zona mandibular y palpitations. Se amplió análisis con estudio hormonal tiroideo objetivándose TSH < 0,005 μ U/mL, T4 libre 38,8 pmol/L; T3 libre 10,5 pmol/L y anticuerpos anti-tiroperoxidasa y antitiroglobulina normales. La gammagrafía con pertenectato de Tc-99m mostró un patrón hipocaptante compatible con tiroiditis subaguda (figura 1). Se pautó propranolol 10 mg e ibuprofeno 400 mg, 1 comprimido de ambos cada 8 horas, desapareciendo la fiebre y la sintomatología local así como normalizándose los parámetros analíticos.

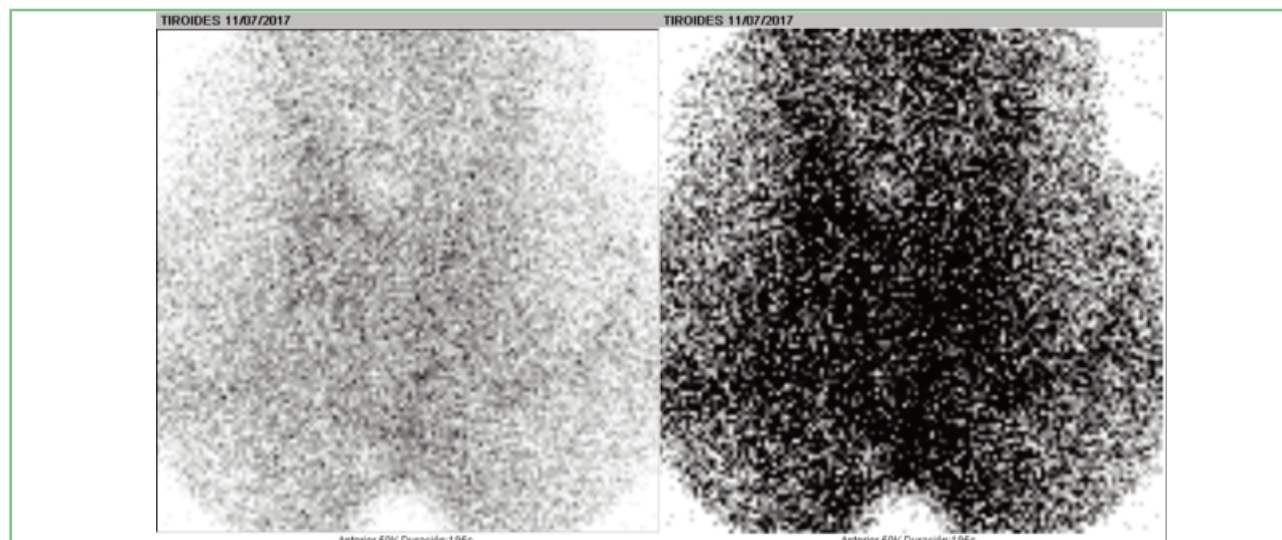


Figura 1. Gammagrafía donde se objetiva escasa actividad de radiofármaco con tiroides bloqueado.

Discusión

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la tiroiditis subaguda son el dolor en la zona anterior cervical y la otodinia, como ocurrió en nuestro paciente. Sin embargo, también puede presentarse exclusivamente con fiebre sin otra sintomatología acompañante¹⁻⁵. Conviene resaltar la evolución clínica de esta entidad, ya que el espectro sintomático varía en función del periodo de la enfermedad en que se encuentre. Clásicamente se describen 4 fases: aguda, la forma más frecuente de presentación, caracterizada por dolor cervical anterior y tirotoxicosis, con una duración entre 3-6 semanas; transitoria, asintomática con eutiroidismo; periodo de hipotiroidismo; y fase final de recuperación, en la que la mayoría de los casos remite en 4-6 meses, aunque un 5% presentan hipotiroidismo mantenido de forma permanente.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y puede resultar complicado en casos como el que nos ocupa, en los que los síntomas locales aparecen a posteriori. Análiticamente destaca la TSH suprimida, con T4 y T3 libres elevadas, junto con elevación de VSG y PCR. La gammagrafía con tecnecio durante la fase hipertiroidea confirma el diagnóstico. El tratamiento es sintomático, con antiinflamatorios no esteroideos. Si asocia clínica clásica de hipertiroidismo, como palpitaciones o temblor, los beta bloqueantes pueden resultar de utilidad. Si existen síntomas de hipotiroidismo o, ante ausencia de los mismos pero con TSH superior a 10 mU/L, se administra levotiroxina. Debe realizarse una monitorización estrecha cada 2-8 semanas de hormonas tiroideas durante todas las fases. Consideramos que la tiroiditis de De Quervain es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la FOD ya que, aunque infrecuente, puede manifestarse inicialmente con fiebre sin síntomas locales¹⁻⁵, lo que dificulta un diagnóstico correcto y la instauración de un tratamiento temprano eficaz. Recomendamos, por tanto, incluir de manera sistemática la realización de hormonas tiroideas en todos aquellos pacientes que consulten por fiebre de origen desconocido, aun en ausencia de síntomas locales de la glándula tiroidea.

Declaración de autoría

J. Zabala concibió el artículo, realizó el primer borrador del manuscrito y la búsqueda bibliográfica sistematizada. A. Pinedo y S. Galán aportaron ideas enriquecedoras, revisaron los borradores y se encargaron de la iconografía. G. Solano supervisó globalmente todos los aspectos de su realización. Todos los autores aprobaron la versión final.

Financiación

Los autores declaran que no han recibido ningún tipo de financiación para la realización de este artículo.

Agradecimientos

Al Dr. Nicanor García Jiménez, del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Basurto, por sus conocimientos y disponibilidad.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en relación con este artículo.

Bibliografía

- 1 Cunha BA, Berbari N. Subacute Thyroiditis (de Quervain's) due to Influenza A: presenting as fever of unknown origin (FUO). *Heart Lung*. 2013; 42: 77-8.
- 2 Bahowairth FA, Woodhouse N, Hussain S, Busaidi MA. Subacute Thyroiditis: a rare cause of fever of unknown origin. *Clin Med (Lond)*. 2017;17: 86-7.
- 3 Vassilopoulos D, Sialevis K, Malahtari S, Deutsch M, Manolakopoulos S, Archimandritis AJ. Subacute Thyroiditis presenting as fever of unknown origin in a patient with rheumatoid arthritis under etanercept treatment. *J Clin Rheumatol*. 2010; 16: 88-9.
- 4 Karachalios GN, Amantos K, Kanakis KV, Deliousis A, Karachaliou IG, Zacharof AK. Subacute thyroiditis presenting as fever of unknown origin. *Int J Clin Prac*. 2010; 64: 97-8.
- 5 Weiss BM, Hepburn MJ, Mong DP. Subacute thyroiditis manifesting as fever of unknown origin. *South Med J*. 2000; 93: 926-9.