

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sánchez Gaitán, Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud Huetar Atlántica, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. César Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlin, Ministerio de Salud (MINSa), Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.
- Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia, Investigadora independiente, Limón, Costa Rica.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSa), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica.
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario José María Cabral y Báez, República Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUIPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Trabajador independiente, Virginia, Estados Unidos.
- Bach. Luis Fernando Montero Bonilla, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL MÉDICA ESCULAPIO



50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Código postal 10108
Teléfono: 8668002
info@editorialmedicaesculapio.com

ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MÉDICOS DE AMÉRICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón.
Costa Rica - Código Postal: 70101

Teléfono: 8668002

sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com

<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Tirotoxicosis transitoria por tiroiditis subaguda (de Quervain): reporte de caso

Transient thyrotoxicosis due to subacute thyroiditis (de Quervain): case report

¹**Dra. Génesis María Soto Chaves**

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0002-0560-268X>


²**Dr. Javier Camacho Quesada**

Investigador independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0001-5266-6005>

³**Dr. José Pablo Madrigal Calderón**

Investigador independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0001-8627-0623>

Recibido
11/04/2022

Corregido
25/04/2022

Aceptado
02/05/2022

RESUMEN

La tiroiditis subaguda, o de Quervain, es una entidad inflamatoria de la tiroides que se caracteriza por su curso trifásico, que incluye una fase de liberación excesiva de hormona tiroidea. Esta entidad suele tener un curso autolimitado y su manejo es principalmente sintomático. En este artículo se presenta el caso de un paciente masculino de 32 años de edad sin antecedentes personales patológicos, con un cuadro de 10 días de evolución de dolor en cuello anterior y síntomas compatibles con tirotoxicosis. Posteriormente, se confirmó la elevación de niveles de hormona tiroidea en sangre y se decidió manejo conservador con tratamiento sintomático. A los 12 meses de seguimiento, el paciente se presenta con función tiroidea normal y completa resolución de los síntomas.

PALABRAS CLAVE: glándula tiroides, tirotoxicosis, tiroiditis subaguda, tiroxina, triyodotironina.

ABSTRACT

Subacute thyroiditis or de Quervain thyroiditis is an inflammatory disease of the thyroid characterized by its triphasic course that includes a phase of excessive release of thyroid hormone. This entity usually has a self-limited course and its management is mainly symptomatic. This article presents the case of a 32-year-old male patient, without previous medical history, with a 10-day course of anterior neck pain and symptoms consistent with thyrotoxicosis. Subsequently, the increase in thyroid hormone levels in the blood was confirmed



and he received conservative management with symptomatic treatment. At 12-month follow-up, the patient presents with normal thyroid function and is completely asymptomatic.

KEY WORDS: Thyroid gland, thyrotoxicosis, subacute thyroiditis, thyroxine, triiodothyronine.

¹Médica general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR). Correo: genesis.sotoucr@gmail.com

²Médico general, graduado de la Universidad de Costa Rica (UCR). Correo: jcamacho0495@gmail.com

³Médico general, graduado de la Universidad de Costa Rica (UCR). Correo: jomaca96@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La tirotoxicosis se define como el síndrome clínico provocado por un exceso de hormonas tiroideas circulantes, mientras que el hipertiroidismo se debe a un exceso de síntesis o secreción de hormonas tiroideas por parte de la glándula tiroides. La tirotoxicosis es frecuentemente el resultado del hipertiroidismo, pero existen otras condiciones que lo pueden causar, tales como: tiroiditis aguda supurativa, tirotoxicosis facticia, tiroiditis subaguda, entre otros (1).

Tiroiditis es un término general para describir un proceso inflamatorio en la glándula tiroides.

La tiroiditis se puede clasificar según el inicio de síntomas (aguda, subaguda o crónica), presencia o no de dolor y su etiología (autoinmune, infecciosa, farmacológica) (2). La tiroiditis subaguda, también conocida como tiroiditis de Quervain o granulomatosa, es una entidad poco común que puede presentarse posterior a enfermedades virales. Esta entidad se caracteriza por ser autolimitada y presentar una duración de pocas semanas a meses (3).

En este artículo se presenta el reporte de caso de un paciente masculino de 32 años de edad con tirotoxicosis transitoria secundaria a tiroiditis subaguda (de Quervain), el cual presentó una evolución satisfactoria después de dos semanas de tratamiento sintomático.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 32 años, sin antecedentes personales patológicos conocidos, sin historia de infecciones virales recientes, quien refiere consumo de *Cannabis sativa* a diario desde hace más de cinco años, sin otros antecedentes no patológicos de importancia.

El paciente consulta con cuadro clínico de odinofagia y dolor localizado a nivel de cuello anterior de 10 días de evolución, irradiado a oído izquierdo, de intensidad leve-moderada, con alivio parcial tras el consumo de antiinflamatorios no esteroideos; el cual asocia al cuarto día de aparición temblor distal, intolerancia al calor, palpitaciones, insomnio y nerviosismo. Refiere además pérdida de peso de aproximadamente 5 kg. En el examen físico, el paciente se presenta con piel caliente y sudorosa, temblor distal leve, ruidos cardiacos taquicárdicos sin soplos, campos pulmonares isoventilados sin ruidos agregados, abdomen blando y depresible, indoloro; examen neurológico sin alteraciones, no cambios a nivel ocular.

A la exploración del cuello, paciente presenta franco dolor a la palpación superficial, con una tiroides levemente aumentada de tamaño bilateralmente, suave, sin nodulaciones.

Los signos vitales muestran una presión arterial de 137/82 mmHg, frecuencia cardiaca de 113 latidos por minuto (lpm),

frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto (rpm), peso de 86,7 kg y talla de 174 cm, para un índice de masa corporal (IMC) de 28,6 kg/m².

Se solicitan exámenes de laboratorio, cuyos resultados se detallan en la **tabla 1**.

Se inicia tratamiento con Propranolol 20 mg tres veces al día y se brinda tratamiento analgésico con antiinflamatorios no esteroideos.

Paciente se presenta a las dos semanas asintomático, con presión arterial de 116/75 mmHg, frecuencia cardiaca 74 lpm,

frecuencia respiratoria de 14 rpm y peso 93,8 kg para un IMC de 30,9 kg/m². Trae los resultados de laboratorio descritos en la **tabla 2**.

Ante hallazgos clínicos iniciales, resultados de laboratorio y evolución del cuadro, se confirma el diagnóstico de tiroiditis subaguda de Quervain. El paciente es seguido por 12 meses, en los cuales presentó completa normalización de las pruebas de función tiroidea. En este periodo, no presentó en ningún momento hallazgos clínicos o de laboratorio de hipotiroidismo.

Tabla 1. Resultados de laboratorio iniciales.		
Laboratorio	Hallazgo	Rango normal
TSH (mIU/L)	0,003	0,4 - 4,7
T4L (pmol/L)	25	9 – 23
T3L (pmol/L)	8,55	1,7 – 3,7
TSHrAb	0	0 – 46

Abreviatura: TSH: hormona estimulante de la tiroides, T4L: tiroxina libre, T3L: triyodotironina libre, TSHrAb: Anticuerpos antireceptores de TSH.

Fuente: Datos cortesía de laboratorio, Clínica Los Yoses.

Tabla 2. Resultados de laboratorio a las 2 semanas de evolución.		
Laboratorio	Hallazgo	Rango normal
TSH (mIU/L)	0.0025	0,4 - 4,7
T4L (pmol/L)	15.9	9 - 23
T3L (pmol/L)	3.61	1.7 - 3.7

Abreviatura: TSH: hormona estimulante de la tiroides, T4L: tiroxina libre, T3L: triyodotironina libre.

Fuente: Datos cortesía de laboratorio, Clínica Los Yoses.

DISCUSIÓN

La tirotoxicosis es un síndrome caracterizado por la presencia de intolerancia al calor, temblor, palpitaciones, insomnio, deposiciones diarreicas, pérdida de peso y demás síntomas, que evidencian un aceleramiento en el metabolismo por un exceso de hormonas tiroideas (2). Dentro de las causas de tirotoxicosis se encuentran la enfermedad de Graves, las tiroiditis y el bocio multinodular tóxico (4), cada una con características clínicas distintivas que permiten realizar diagnóstico diferencial y orientar el abordaje de estos pacientes.

En este caso, el paciente consulta con un cuadro sugestivo de tirotoxicosis de aparición subaguda, sin antecedentes heredofamiliares de patología tiroidea y sin presencia de oftalmopatía, hallazgos que nos orientaban al diagnóstico de enfermedad de Graves, la cual es la causa más frecuente de tirotoxicosis.

Otra de las causas más importantes es la tiroiditis, la cual puede ser aguda, subaguda, postparto o por fármacos. Descrita por primera vez por el Dr. Fritz de Quervain en 1902 (5), la tiroiditis subaguda es una enfermedad inflamatoria autolimitada, con incidencia de 4,9 casos por cada 100 000 personas al año (6). Se presenta clásicamente con dolor en la parte anterior del cuello, siendo este su hallazgo clínico más característico, que puede ser unilateral o bilateral y frecuentemente irradia a oídos o mandíbula, tal como sucedió en el paciente del presente caso, lo cual colocó la tiroiditis subaguda de Quervain como principal diagnóstico diferencial.

La glándula tiroides es un sitio anatómico resistente a las infecciones por su importante vascularidad, su cápsula protectora y su alto contenido de yodo (7);

sin embargo, la tiroiditis subaguda suele aparecer después de una infección viral de las vías respiratorias superiores por organismos como Coxsackie, virus del Epstein Barr, adenovirus, influenza (8) o recientemente descrito, por el virus de SARS-Cov-2 (9).

El mecanismo fisiopatológico mediante el cual estos microorganismos desencadenan la tirotoxicosis es desconocido, y no siempre es posible determinar con claridad el antecedente de infección viral, pues en algunas ocasiones, tal como se hipotetiza en el caso aquí presentado, pueden ser afecciones leves o asintomáticas, que no son percibidas por el paciente.

La tiroiditis subaguda es una enfermedad que afecta principalmente a mujeres entre los 40 y 50 años (6), siendo este un caso atípico, pues se trata de un paciente masculino de menor edad.

El diagnóstico de esta patología es clínico, sin embargo, es posible apoyarse con exámenes de laboratorio, estudios de imagen y hasta toma de biopsias en aquellos casos en los cuales es necesario descartar malignidad u otros diagnósticos de mayor complejidad.

A nivel de laboratorio, es usual encontrar un patrón trifásico. En la etapa inicial, se presenta TSH suprimido y T4 y T3 elevados por inflamación y liberación de hormona preformada, posteriormente, aparece un periodo de hipotiroidismo debido a la depleción de las reservas, y al final, se restablece la normalidad de la función tiroidea en la gran mayoría de los pacientes (1).

El TSH inicial de este paciente se encuentra en valores prácticamente indetectables, con T3 libre hasta dos veces el límite superior normal y T4 libre igualmente alto; sin embargo, dos semanas después se

restablecieron valores eutiroideos y no fue posible determinar ni por laboratorio, ni clínicamente, una etapa de hipotiroidismo, lo cual escapa del patrón trifásico usual. Los anticuerpos, como era de esperar, se encuentran negativos, lo cual hace sumamente improbable el diagnóstico de enfermedad de Graves. Es usual que los marcadores inflamatorios como velocidad de eritrosedimentación o proteína C reactiva elevados; sin embargo, estos no fueron solicitados en el presente caso clínico.

Aunque no se encuentra indicado en todos los casos, el ultrasonido es una herramienta accesible que permite orientar el diagnóstico con más seguridad y descartar otras patologías en aquellos pacientes con presentaciones dudosas (10). Cuando se realizan, las descripciones ultrasonográficas son variables e incluyen áreas hipocogénicas y heterogéneas, pobremente vascularizadas, con márgenes borrosos y sin calcificaciones; sin embargo, ninguno de estos hallazgos es patognomónico (11). También pueden aparecer lesiones nodulares que, ante la evaluación de radiólogos poco experimentados, pueden ser confundidas con hallazgos sugestivos de malignidad y llevar a la realización de procedimientos innecesarios como biopsias con aguja fina (8), las cuales suelen reportar hallazgos inespecíficos con linfocitos, células gigantes multinucleadas, inflamación mixta, granulomas y tejido granular necrótico (12). Otro estudio tampoco indicado de rutina, pero que es posible incluirlo en el abordaje diagnóstico, es la escintigrafía, en la cual se demuestra una captación reducida de yodo radioactivo, a diferencia de otras causas de tirotoxicosis como lo es la enfermedad de Graves (1).

En este caso, no se consideró necesario ningún estudio de imagen debido al cuadro clínico clásico, a la rápida resolución y a la palpación de tiroides inicial que no reveló ningún nódulo sospechoso de malignidad o que ameritara mayor estudio.

El tratamiento de la tiroiditis subaguda se basa en el control de síntomas por medio de antiinflamatorios no esteroides, beta bloqueadores o esteroides en los casos más severos.

El periodo sintomático usualmente resuelve en un lapso de 3 a 6 semanas (1). Este paciente presentó un periodo sintomático de aproximadamente 3 semanas y resolvió adecuadamente con el uso de Ibuprofeno y Propanolol, sin necesidad de escalar al uso de esteroides.

En relación con la evolución, es importante dar seguimiento a estos pacientes, pues aunque la mayoría de los casos retornan a un estado eutiroideo al cabo de 12 meses, hasta un cuarto de los pacientes desarrollan hipotiroidismo a largo plazo (13), no siendo este caso parte de dicha estadística, pues el restablecimiento del eutiroidismo fue precoz y sostenido a lo largo del año.

La tiroiditis es una enfermedad que no suele recidivar, con un porcentaje aproximado de 5% (9). El volumen tiroideo de los pacientes aumenta durante la evolución de la enfermedad, pero estudios recientes han demostrado que, a largo plazo, ocurre atrofia con reducción del volumen a 2 años, principalmente en aquellos que desarrollaron hipotiroidismo (14).

Como único antecedente personal relevante en el caso, se encuentra el consumo diario de *Cannabis sativa*. Si bien no existe gran evidencia científica al respecto, los estudios publicados sobre la relación de los derivados de tetrahidrocannabinol y las hormonas

tiroideas no han encontrado asociación alguna, así como tampoco parece ser un factor predisponente para la aparición de enfermedades tiroideas (15,16).

CONCLUSIÓN

Tirotoxicosis es un síndrome clínico que se da por exceso de hormonas tiroideas circulantes. Una de sus causas es la tiroiditis, la cual tiene múltiples etiologías, siendo una de las más frecuentes la tiroiditis subaguda, también conocida como tiroiditis de Quervain.

Dentro de los hallazgos clínicos que orientan a este diagnóstico se encuentra el dolor a nivel de cuello anterior, la presentación subaguda y el curso autolimitado.

Aunque se conoce su relación con procesos virales, principalmente de vías respiratorias, aún hace falta ahondar en la investigación de los mecanismos fisiopatológicos de esta afección, así como en los factores que influyen para que, a diferencia de la mayoría, algunos pacientes no presenten un patrón trifásico en el curso de la enfermedad o desarrollen hipotiroidismo a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Ali O, Truran P, Aspinall S. Thyrotoxicosis and thyroiditis. *Surgery (Oxford)*. Oct 01, 2017;35(10):569–75. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2020.10.002>
2. Martínez Quintero B, Yazbeck C, Sweeney LB. Thyroiditis: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician*. Dec, 2021;104(6):609–17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555975/>
3. Hollenberg A, Wiersing W. Hyperthyroid Disorders. In: *Williams Textbook of Endocrinology*. 14th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020. p. 399–402.
4. Reismann P. Subacute (de Quervain's) Thyroiditis. In: Igaz P, editor. *Practical Clinical Endocrinology* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 171–7. Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-62011-0_16
5. Parianos C, Thanasa A-A, Aggeli C, Poulianitis N, Tspiras I. Thyroidectomy for Painful Subacute Thyroiditis Resistant to Steroid Treatment. *The American Surgeon*. Dec 09, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1177/0003134820960080>
6. Salih AM, Kakamad FH, Rawezh QS, Masrur SA, Shvan HM, Hawbath MR, et al. Subacute thyroiditis causing thyrotoxic crisis; a case report with literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*. Jan 01, 2017;33:112–4. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.02.041>
7. Nabi G, Rahman N, Azad M, Hassan M, Bonik M. De Quervain's Thyroiditis (subacute thyroiditis). *Mediscope*. Oct 22, 2017;4(1):35–7. Doi: <https://doi.org/10.3329/mediscope.v4i1.34378>
8. Li JH, Daniels GH, Barbesino G. Painful Subacute Thyroiditis is Commonly Misdiagnosed as Suspicious Thyroid Nodular Disease. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*. Apr 01, 2021;5(2):330–7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2020.12.007>
9. Domin R, Szczepanek-Parulska E, Dadej D, Ruchała M. Subacute Thyroiditis – literature overview and COVID-19. *JMS*. Dec 29, 2020;89(4): e472. Doi: <https://doi.org/10.20883/medical.e472>
10. Guzmán García MB, Morales Cano JM. Dolor en lóbulo tiroideo: tiroiditis subaguda de Quervain. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2021 [citado 25 de abril, 2022]; 14(1): 37-39. Disponible a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000100037&lng=es
11. Stasiak M, Tymoniuk B, Adamczewski Z, Stasiak B, Lewiński A. Sonographic Pattern of Subacute Thyroiditis Is HLA-Dependent. *Frontiers in Endocrinology [Internet]*. 2019;10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fendo.2019.00003>
12. Sahin D, Akpolat İ. Diagnostic cytological features and differential diagnosis of subacute granulomatous (De Quervain's) thyroiditis. *Diagnostic Cytopathology*. Dec 01, 2019;47(12):1251–8. Doi: <https://doi.org/10.1002/dc.24294>
13. Görges J, Ulrich J, Keck C, Müller-Wieland D, Diederich S, Janssen OE. Long-term Outcome of Subacute Thyroiditis. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 23.09.2019. Oct 28, 2020;128(11):703–8. Doi: <https://doi.org/10.1055/a-0998-8035>



14. Zhao N, Wang S, Cui X-J, Huang M-S, Wang S-W, Li Y-G, et al. Two-Years Prospective Follow-Up Study of Subacute Thyroiditis. *Frontiers in Endocrinology* [Internet]. 2020;11. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fendo.2020.00047>
15. Muzaffar A, Ullah S, Subhan F, et al. Clinical Investigation on the Impact of Cannabis Abuse on Thyroid Hormones and Associated Psychiatric Manifestations in the Male Population. *Frontiers in Psychiatry*, 2021; 12. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.730388>
16. Malhotra S, Heptulla R, Homel P, Motaghedi R. Effect of Marijuana Use on Thyroid Function and Autoimmunity. *Official Journal of the American Thyroid Association*. 2017;27(2),167–173. Doi: <https://doi.org/10.1089/thy.2016.0197>

