



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN
MEDICINA HUMANA**



PATOLOGÍAS TIROIDEAS

**Carolina Hernandez Hernandez
5to A**

PASIÓN POR EDUCAR

PASIÓN POR EDUCAR

COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 26 DE SEPTIEMBRE 2024

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL HIPERTIROIDISMO

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Enfermedad de Graves:

- Es la causa más común de hipertiroidismo
- Caracterizada por una hiperproducción de hormonas tiroideas debido a un trastorno autoinmunitario.

Bocio multinodular tóxico:

- Se presenta cuando hay varios nódulos en la tiroides que producen hormonas en exceso.

Adenoma tóxico:

- Un nódulo único que secreta hormonas tiroideas sin regulación adecuada.

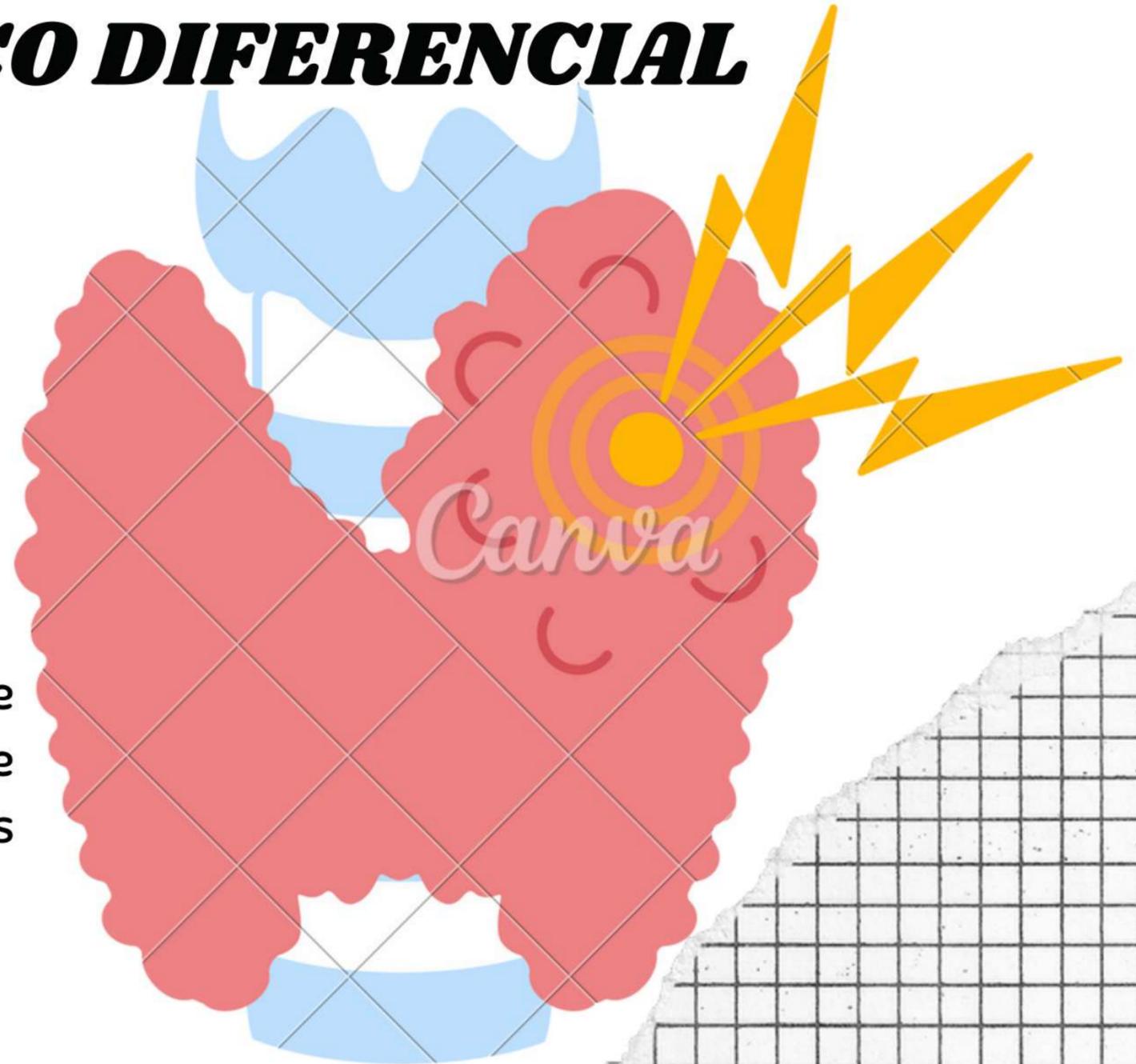
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Tiroiditis:

- Inflamación de la tiroides, como la tiroiditis de Hashimoto o la tiroiditis subaguda de De Quervain, que puede causar liberación temporal de hormonas tiroideas.

Hiperfunción tiroidea inducida por medicamentos:

- Algunos fármacos, como la amiodarona, pueden inducir hipertiroidismo.



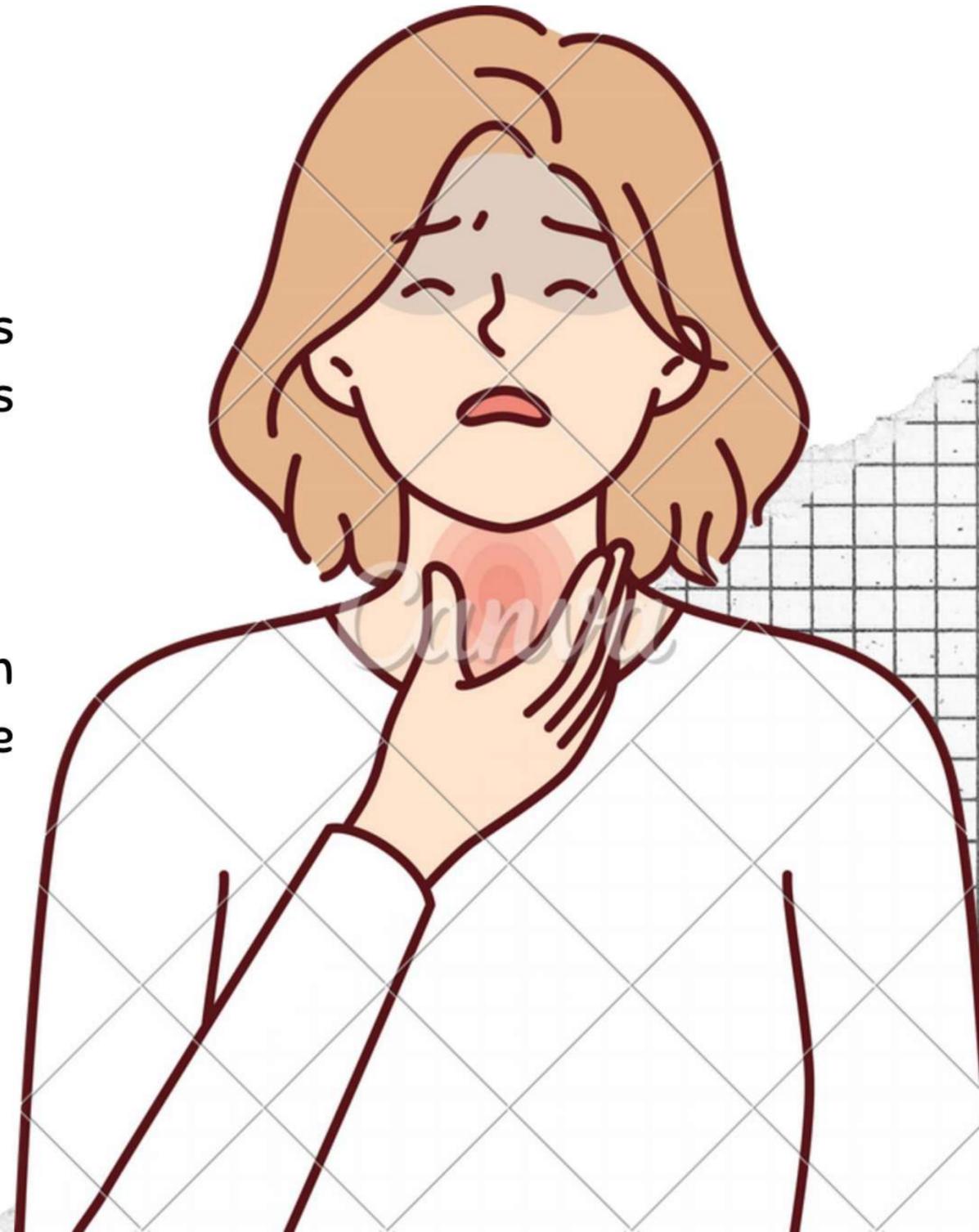
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Síndrome de resistencia a las hormonas tiroideas:

- Una condición genética poco común donde los tejidos no responden adecuadamente a las hormonas tiroideas.

Crisis tiroidea:

- Emergencia médica que puede surgir en pacientes con hipertiroidismo que se descontrola, generalmente precipitada por factores estresantes.





**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
DE HIPOTIROIDISMO
★ AUTOINMUNITARIO**

Medicina interna

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Bocio asimétrico en tiroiditis de Hashimoto:

- Puede confundirse con un bocio multinodular o carcinoma de tiroides.

Anticuerpos tiroideos: Presentes en ambos casos.

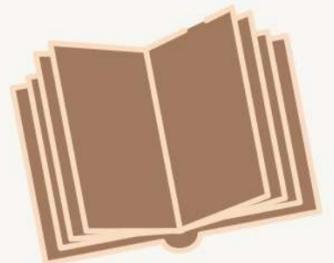
Ecografía:

- Revela lesión solitaria o bocio multinodular en lugar del aumento heterogéneo típico de Hashimoto.

Biopsia por FNA:

- Utilizada para diferenciar entre estas condiciones.





TRATAMIENTO DE HIPOTIROIDISMO

★ AUTOINMUNITARIO

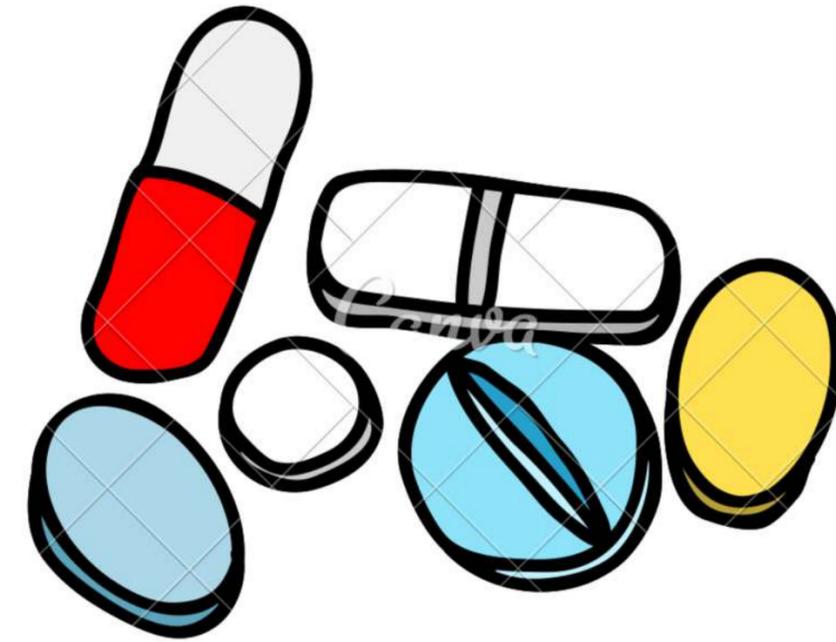
Medicina interna

TRATAMIENTO

1. Levotiroxina (T4 sintética):

Dosis inicial:

- 1.6–1.8 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{día}$ en jóvenes sin comorbilidades.
- 25–50 $\mu\text{g}/\text{día}$ en pacientes mayores o con cardiopatías.



2. Monitoreo y ajuste:

- Objetivo: mantener TSH entre 0.4–4.0 mU/L.
- Control de TSH cada 6–8 semanas tras el inicio o ajuste.
- Control anual una vez estabilizado.

TRATAMIENTO

3. Consideraciones especiales:

- Aumento de dosis en el embarazo.
- Interferencia de alimentos y medicamentos en la absorción.

4. Tratamiento complementario:

- Suplementos de yodo, selenio, o vitamina D si es necesario.
- Manejo de otras afecciones autoinmunes asociadas.

Pronóstico:

Tratamiento seguro y efectivo, con monitoreo regular de por vida.





**MUCHAS
GRACIAS!**