



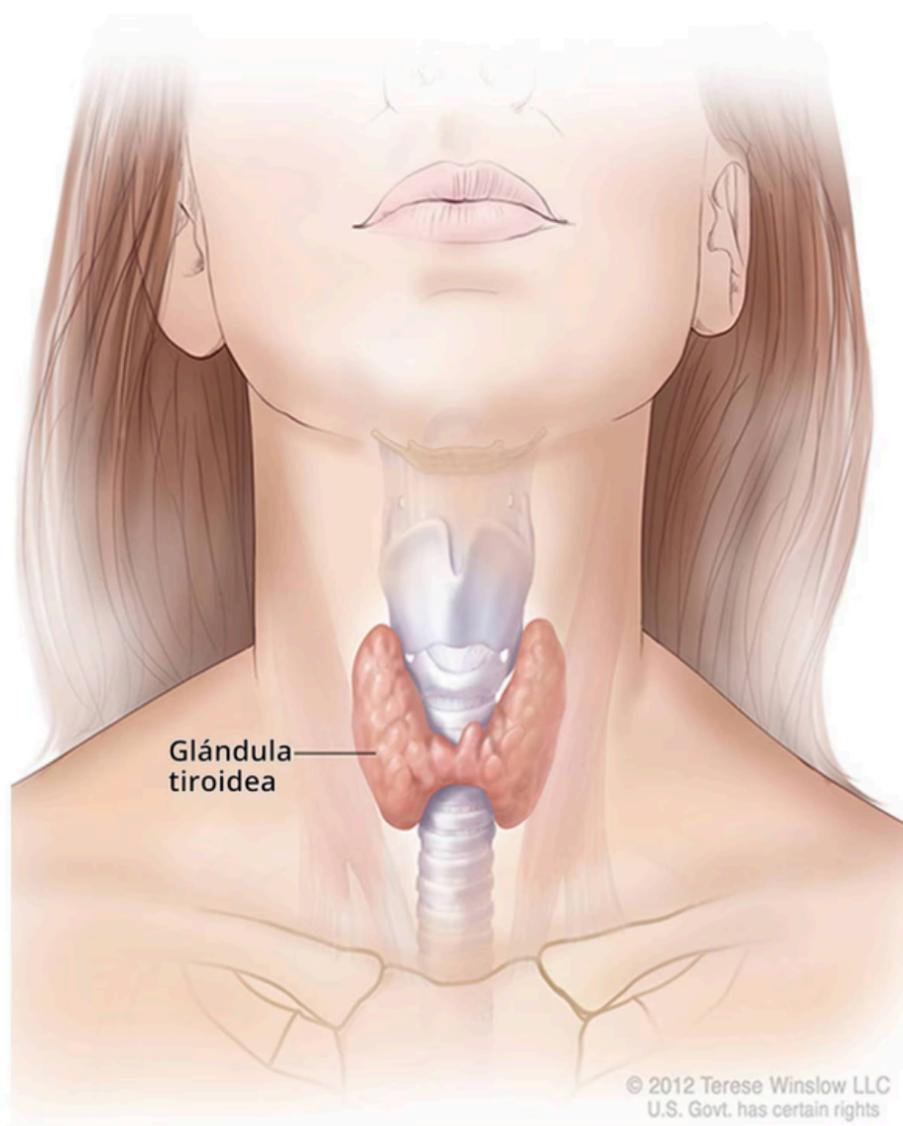
Mi Universidad

Universidad del sureste.

Campus Comitán de Domínguez, Chiapas.

Medicina Humana.

PATOLOGÍA TIROIDEA



Nombre de la alumna:

Virginia Guadalupe Cabrera Maldonado.

Nombre del docente:

Dr. Dagoberto Silvestre Esteban.

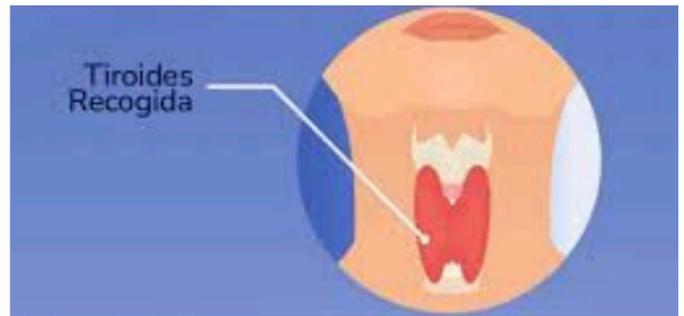
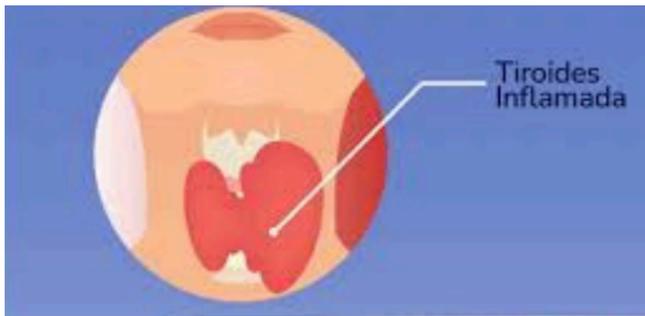
Parcial: 2° Parcial.

Semestre: 5°. Grupo: "D".

Nombre de la materia: Medicina Interna.

Domingo 13 de Octubre del 2024.

PATOLOGÍA TIROIDEA



| PATOLOGÍA | HIPERTIROIDISMO | HIPOTIROIDISMO |
|---------------------------|--|---|
| DEFINICIÓN | INCREMENTO DE T4/T3 PRODUCIDO POR > DE LA FUNCIÓN TIROIDEA. | DISMINUCIÓN DE T4/ T3 PRODUCIDO POR LA < DE LA FUNCIÓN TIROIDEA. |
| ETIOLOGÍA | <ul style="list-style-type: none"> • ENF. DE GRAVES BASEDOW. • BMN/ADENOMA TÓXICO . • TIROIDITIS. • TUMOR TRIFOBBLÁSTICO. • STRUMA OVARI. • SECRECIÓN INAPROPIADA DE TSH. | <ul style="list-style-type: none"> • AUTOINMUNIDAD. • INFECCIONES RESPIRATORIAS. • DÉFICIT DE YODO. • CONGÉNITO. • POST QX/ I131. • TIROIDITIS. • FÁRMACOS. |
| FACTORES DE RIESGO | <ul style="list-style-type: none"> • ANTECEDENTES FAMILIARES. • ANEMIA PERNICIOSA. • DIABETES. • SOBREPESO/OBESIDAD. • SEXO FEMENINO. • EDAD AVANZADA (>60 AÑOS). • CONSUMIR +YODO. | <ul style="list-style-type: none"> • ANTECEDENTES FAMILIARES. • SEXO FEMENINO. • ENF. AUTOINMUNE. • POST RADIOTERAPIA/ CIRUGÍA . • EMBARAZO. • EDAD AVANZADA (>60 AÑOS). • ARTRITIS REUMATOIDE. |
| FISIOPATOLOGÍA | AUMENTO DE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE T3 MÁS QUE T4, Y DISMINUCIÓN DE TSH. | DISMINUCIÓN DE CONCENTRACIÓN SÉRICA DE T4/T3, Y AUMENTO/DISMINUCIÓN DE TSH |
| CLÍNICA | <ul style="list-style-type: none"> • PÉRDIDA DE PESO/ >APETITO. • PALPITACIONES/ TAQUICARDIA. • TEMBLOR (MAÑOS). • ANSIEDAD/ INSOMNIO. • DIARREA/ HIPERDEFECACIÓN. • INTOLERANCIA AL CALOR. • > REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS. • NERVIOSISMO. | <ul style="list-style-type: none"> • AUMENTO DE PESO/ < APETITO. • SOMNOLENCIA. • BRADICARDIA. • ESTREÑIMIENTO. • INTOLERANCIA AL FRÍO/ PIEL SECA/ ALOPECIA. • DEBILIDAD MUSCULAR. • HIPOREFLEXIA/ PARESTESIAS. |
| DIAGNÓSTICO | <ul style="list-style-type: none"> • HISTORIA CLÍNICA. PERFIL TIROIDEO: <ul style="list-style-type: none"> • < FSH • > T4 • > T3 ANALISIS DE SANGRE DE ANTICUERPOS (>TSI). • ECOGRAFÍA. | <ul style="list-style-type: none"> • HISTORIA CLÍNICA. • EXPLORACIÓN FÍSICA. PERFIL TIROIDEO: <ul style="list-style-type: none"> • PRIMARIO: > FSH/ < T4. • SECUNDARIO: < O NORMAL FSH/ < T4. • SUBCLINICO: > FSH/ T4 NORMAL. |
| TRATAMIENTO | <ul style="list-style-type: none"> • ANTITIROIDEOS DE SÍNTESIS: • PROPILTIOURASILO (PTU). • METIMAZOL/TIAMAZOL. • BETABLOQUEADOR • PROPRANOLOL. • ATENOLOL. • TERAPIA YODO 131. • CIRUGÍA. | LEVOTIROXINA <ul style="list-style-type: none"> • 50-100MICROGR (PRIMARIO/SECUNDARIO). • 25-50MICROGR (SUBCLINICO). GLUCOCORTICOIDES INICIAL (SEVERO). LEVOTIROXINA ENDOVENOSA >DOSIS |

BIBLIOGRAFÍA

- NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. (S. F.). HIPERTIROIDISMO.
- BOUCAI, L. (2024, 8 FEBRERO). HIPOTIROIDISMO. MANUAL MSD VERSIÓN PARA PROFESIONALES.