



423/145 - UN EDEMA POCO COMÚN

D. Martínez Revuelta¹, M. Gómez González², J. Bustamante Odriozola³, J. González Fernández⁴, M. Maamar El Asri⁵, B. Gutiérrez Muñoz⁶, A. Gutiérrez Pérez de Lis⁷, A. del Rey Rozas⁸, A. Ruíz Urrutia⁹

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo. Reinosa. Cantabria. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ⁷Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ⁸Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochoico. Santander. Cantabria. ⁹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr Morante. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años, con antecedentes personales de obesidad tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo primario autoinmune, en tratamiento con enalapril 20 mg, atorvastatina 20 mg, insulina glargina 300 U/ml, insulina asparta 100 U/ml, empagliflozina 10 mg y levotiroxina 150 ?g. El paciente acude a consulta por aumento de edema en cara y en las cuatro extremidades, así como aumento de 7 kilogramos en el último mes y medio. Asocia disnea de esfuerzo grado II (subir escaleras y en llano) y astenia importante, que no le permite completar adecuadamente su trabajo. No cambio de medicación. No refiere oliguria, poliuria, ni clínica infecciosa o fiebre. No dolor torácico, ni otra clínica acompañante. Indagando sobre el cuadro, el paciente refiere que en los últimos meses ha tenido problemas de dinero y ha dejado de tomar algunos tratamientos incluyendo la levotiroxina. Se deriva a urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado en las tres esferas, bradipsíquico pero colaborador, bien hidratado y perfundido, con coloración anaranjada de piel y de mucosas. Eupneico en reposo, sin ingurgitación venosa yugular, con carótidas isopulsátiles. Macroglosia. Auscultación cardíaca: rítmico sin soplos, auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, abdomen: globuloso por tejido adiposo, resto normal, extremidades: edemas de las cuatro extremidades con fóvea, pulsos radiales y pedios presentes y simétricos, sin signos de trombosis venosa profunda. Analítica: gasometría venosa normal, bioquímica normal a excepción de niveles de T4L 0,039 ng/dL, TSH 102,90 mIU/L y cortisol 34,6 ?g/dL, coagulación normal, hemograma normal. Radiografía de tórax normal, electrocardiograma: bradicardia sinusal a 45 lpm con QRS estrecho y sin alteraciones de la repolarización.

Juicio clínico: Mixedema secundario a abandono de levotiroxina en paciente con hipotiroidismo primario autoinmune grave.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca. Síndrome nefrótico. Síndrome de Cushing.

Comentario final: Dado los resultados en urgencias, avisan a cuidados intensivos (UCI), que ingresan al paciente con canalización de catéter venoso central, iniciando fluidoterapia y tratamiento hormonal sustitutivo con levotiroxina 100 µg cada 12 horas e hidrocortisona 50 mg cada 8 horas. Tras cuatro días en UCI, nuevo control de hormonas tiroideas: T4 0,72 ng/dL, TSH 50 mIU/L y cortisol 8,1 µg/dL, siendo dado de alta a planta de endocrinología, con posterior seguimiento en consulta. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con misma dosis de levotiroxina previa a la complicación. Recordar que el mixedema es el punto final del espectro de un hipotiroidismo, que se caracteriza por presentar un edema producido por infiltración de sustancia mucosa en la piel, y a veces en los órganos internos, a consecuencia de un mal funcionamiento de la glándula tiroides (hipotiroidismo), en este caso por abandono de medicación, de aquí la importancia de ver a cada paciente de forma global, haciendo hincapié en todos sus antecedentes.

Bibliografía

Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, Burman KD, Cappola AR, Celi FS, et al. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement. *Thyroid*. 2014;24(12):1670-751.

Gordon MB, Gordon MS. Variations in adequate levothyroxine replacement therapy in patients with different causes of hypothyroidism. *Endocr Pract*. 1999;5(5):233-8.