



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/930 - Doctora: estoy al borde del coma

I.M. Bayón Cauto, V. López Romero y M. González Romero

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real.

Resumen

Descripción del caso: MC: Varón de 43 años con talasemia minor que acude a la consulta de AP refiriendo astenia de carácter progresivo desde hace unos 6 meses. AP: talasemia minor. Nunca fumador ni bebedor. Profesión: marinero. No IQ previas, no RAMc, no tratamiento habitual. AF: madre y hermanas con hipotiroidismo. EA: el paciente refiere que desde hace unos meses presenta astenia, que al inicio era de grandes esfuerzos y progresivamente ha pasado a ser de mínimos esfuerzos (ducharse, vestirse). Asimismo refiere haber ganado peso, aunque ha perdido el apetito y presenta intensa somnolencia durante el día, a pesar de descansar toda la noche. Por otra parte, refiere que su vida se limita a pasar de la cama al sofá, sin fuerzas para levantarse y con “tiritonas” constantes, aunque no ha presentado fiebre. No encontramos analítica alguna en nuestra intranet, dado que el paciente se las hacía a través de su empresa. Por ello decidimos solicitar Hg, Bq, orina y ECG.

Exploración y pruebas complementarias: REG, macroglosia, piel seca y edematosas, facies abotargada. No se palpa bocio ni adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares. ACP: tonos puros y rítmicos, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalías, no signos de irritación peritoneal. MMII con edemas sin fóvea. No signos de TVP. Exploración neurológica: PC conservados, no pérdida de fuerza en MMSS ni en MMII, Romberg negativo, PINRLA, no se aprecia nistagmus. Marcha en tandem sin alteraciones. TA: 100/60, FC 70 lpm, SatO2 98%. Talla: 1,90 cm. Peso: 140 kg. IMC: 38,78. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización. Analítica: Hg: talasemia minor, Bq: TSH 531, T4 0,001.

Juicio clínico: Hipotiroidismo grave.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca, diabetes, SAHOS.

Comentario final: Se repitió de nuevo una analítica de confirmación (TSH 429 y T4 0,0029) y el paciente inició tratamiento ese mismo día con levotiroxina 25 ug y progresivamente fuimos reevaluando al paciente y titulando la dosis en función de los controles analíticos que se realizaban cada 15 días.

Bibliografía

1. Rhodes Wall C. Myxedema coma: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2000;62:2485-90.
2. Wiersinga, WM. Myxedema and Coma (Severe Hypothyroidism). 2015.

Palabras clave: Coma mixe dematoso.