



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/351 - Hipotiroidismo extremo. A propósito de un caso

Á.C. Escribano Tovar<sup>a</sup>, M. Gragera Hidalgo<sup>b</sup> y S. Sayago Gil<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 47, con antecedentes personales de hipotiroidismo primario en tratamiento con terapia sustitutiva desde hace 2 años, diabetes mellitus tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales y cardiopatía isquémica, que acude al servicio de urgencias por cuadro de astenia progresiva y edematización de miembros inferiores desde hace aproximadamente 3 semanas, acompañado de intolerancia al frío y despeños diarreicos sin productos patológicos. No fiebre ni otra sintomatología acompañante. Según los familiares, la paciente presenta cuadro de somnolencia, letargia y episodios de desorientación autolimitados desde hacía varios días. La paciente ha dejado la medicación antitiroidea por su cuenta, debido a que al tiempo de comenzar el tratamiento comenzó a perder peso.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada, con tendencia al sueño. Frecuencia cardíaca de 55 lpm, con tensión arterial de 128/83 mmHg. Palidez mucocutánea. Auscultación cardiopulmonar anodina, destacando edematización de ambos miembros inferiores hasta ingles. Exploración neurológica sin focalidad. En el área de urgencias se solicita analítica general con gasometría arterial, radiografía de tórax y electrocardiograma. En analítica general, destaca Hb de 9,4 mg/dl, sin otros hallazgos destacables, siendo la radiografía de tórax, ECG y gasometría arterial normales. Dada la clínica que presenta la paciente y la historia referida, se solicitan hormonas tiroideas, con resultados de TSH por encima de 45 mU/L y se comienza con tratamiento con corticoides, diuréticos y hormonas tiroideas. La paciente queda ingresada a cargo de Endocrinología para estudio.

**Juicio clínico:** Coma mixedematosa.

**Diagnóstico diferencial:** Cuadro confusional, insuficiencia cardíaca.

**Comentario final:** El coma mixedematoso se considera una complicación extrema del hipotiroidismo, producida por una liberación masiva de hormonas tiroideas circulantes por incremento de su biodisponibilidad celular. La sintomatología predominante en este tipo de pacientes suele ser deterioro cognitivo, así como múltiples anormalidades orgánicas, destacando sobretudo intolerancia al frío, edematización generalizada y alteraciones cardíacas relacionadas con bajo gasto. El conocimiento, diagnóstico y tratamiento temprano de esta entidad son esenciales en la reducción de la morbilidad asociada.

### Bibliografía

1. Wartofsky L. Myxedema coma. Endocrinol Metab Clin North Am. 2006;35:687-98.

2. Kwaku MP, Burman KD. Myxedema coma. J Intensive Care Med. 2007;22:224-31.
3. Beynon J, Akhtar S, Kearny T. Predictors of outcome in myxedema coma. Crit Care. 2008;12:111.

*Palabras clave:* hipotiroidismo. Edemas. Coma mixedematoso.