

424/894 - DOCTORA, ESTOY CANSADO Y TENGO FRÍO

S. Buxó Escoté¹, M. Pedrol Llirinos², L. Gozalbo Nieto¹ y L. Gonzalo Arderiu³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona. ²Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Sant Llàtzer. Barcelona. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Terrassa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre 33 años fumador sin antecedentes de interés consulta en Atención Primaria (AP) por astenia progresiva de meses de evolución asociada a intolerancia al frío. Las últimas tres semanas añade edema facial, mialgias en miembros inferiores, voz gangosa con edema de lengua, coloración amarillenta, somnolencia y bradipsiquia. Hacía unos meses había presentado pérdida de peso de manera no intencionada. Desde AP se solicita analítica para estudio y ante resultados se traslada a urgencias para tratamiento urgente endovenoso.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable, leve bradipsiquia con aumento del tiempo de respuesta, palidez cutánea, edema facial con edema palpebral. Electrocardiograma y radiografía de tórax sin alteraciones. Analíticamente: T4 0,824 nmol/L, TSH 280 mUI/L con niveles de cortisol normales, colesterol 462,06 mg/dL, triglicéridos 218,58 mg/dL, LDL 367,33 mg/dL, leve hipertransaminasemia (AST 90,6 U/L, ALT 75,6 U/L) y CK 954 U/L y serologías negativas hepáticas, Ac anti-TPO > 600 UI/mL y Ac antiTSH > 4.000 UI/mL. Ecografía tiroidea: imagen compatible con tiroiditis. En urgencias se inicia tratamiento con levotiroxina endovenosa.

Orientación diagnóstica: Mixedema secundario a hipotiroidismo autoinmune grave y dislipemia mixta.

Diagnóstico diferencial: Ante una astenia es imprescindible una buena anamnesis y exploración física para diferenciar entre causas funcionales (psiquiátricas, psicosociales, medicaciones) y orgánicas (endocrino metabólicas, reumatólogicas, hematológicas, cardiacas, neumológicas).

Comentario final: La causa más común de hipotiroidismo es la tiroiditis de Hashimoto. El coma mixedematoso es el estadio final de un hipotiroidismo de larga duración no tratado. Clínicamente: debilidad progresiva, estupor, hipotermia, hipovenilación, hipoglucemia, hiponatremia, intoxicación acuosa, shock y muerte. Es causado por la incapacidad del paciente hipotiroideo de adaptarse a las pérdidas reales o funcionales de volumen plasmático y alteraciones de la función del sistema nervioso central. Puede ser causado por infecciones, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, accidente cerebrovascular, IAM, hipotermia, hipoglucemia y farmacológico. Para el diagnóstico: imprescindible una buena anamnesis para detectar los diferentes síntomas. Exploración: bradicardia, hipotermia, hipovenilación, obesidad, piel amarilla, voz ronca, lengua engrosada, edema periorbitario, disminución motilidad intestinal. Analíticamente: hiponatremia, hipoglucemia, elevación creatinina, hipoxemia, hipercapnia, anemia, elevación CK e hipercolesterolemia. Tratamiento de soporte y levotiroxina endovenosa y glucocorticoides hasta descartar una insuficiencia suprarrenal asociada.

Bibliografía

1. Scharga E, et al. Hypothyroidism and Myxedema Coma. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2006;35(4):687-98.

Palabras clave: Hipotiroidismo autoinmune. Mixedema.