

Medicina de Familia. SEMERGEN



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

349/58 - DISMINUCIÓN PROGRESIVA DEL ESTADO VIGIL EN PACIENTE HIPOTIROIDEA

R. Martínez Anda¹; C. García-Giralda Núñez²; F. Camacho Tello³.

¹Centro de Salud de Puebla.; ²Médico Residente de 2º año. Caravaca de la Cruz. Murcia.; ³Médico General. Centro de Salud de Puebla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 85 años, hipertensa, dislipémica e hipotiroidea de larga evolución en tratamiento con levotiroxina. Familiares refieren que tras clínica de nerviosismo, sensación de frío y palpitaciones, la paciente abandonó tratamiento tiroideo. En el momento de la consulta actual, los familiares refieren progresivo deterioro del nivel de conciencia asociado a bradipsiquia, bradilalia, dificultad para caminar y realizar las tareas que previamente realizaba, obligándola a permanecer en cama durante los últimos días. No había presentado fiebre, pérdida de conocimiento, cefalea, plejías u otra clínica asociada. Ante dicho episodio, se decide remisión para valoración hospitalaria urgente.

Exploración y pruebas complementarias: Eupneica y afebril. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos, crepitantes bibasales. Abdomen: blando, depresible, no distendido, sin masas o megalias palpables, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, normoperistáltico, normotimpánico. PPRB negativa. Miembros inferiores: sin edemas o signos de TVP. Pulsos distales palpables y simétricos. Neurológico: Glasgow 15, bradipsíquica, bradilálica, poco colaboradora, orientada en espacio pero no en tiempo, pupilas isocóricas normorreactivas, Pares craneales conservados y simétricos, campimetría por confrontación sin hallazgos patológicos, fuerza y sensibilidad conservadas, no claudicación de miembros, reflejos osteotendíneos presentes y simétricos. Analítica: Leucocitos 8.0000, Hemoglobina 12, Plaquetas 47000, Glucosa 98, Urea 25, Na 128, Potasio 4.1, Urea 30, Creatinina 1.15, TSH 60, T4 0.50, T3 0.5, coagulación y gasometría normal. Anormales y sedimentos normal. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. TC craneal: sin lesiones agudas.

Juicio clínico: Disminución del nivel de conciencia secundario a hipotiroidismo por interrupción de tratamiento.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular, demencia, Infección urinaria, Intoxicación medicamentosa.

Comentario final: Dificultad para el control exhaustivo de la medicación crónica de pacientes en contraposición a su decisión de abandonar medicación sin supervisión de un facultativo.

Bibliografía

Madhuri D, Yasser HO, Burman K. Hypothyroidism. Endocrinol Metab Clin N Am 2007;36:595-615.

Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, et al. Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87:489-499.