



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/46 - HIPOTIROIDISMO GRAVE

Á. González Díaz-Faes^a, A. Fernández Serna^b, C. Fortuny Henríquez^c, M. Arques Pérez^d, S. Díez Martínez^e, L. Gómez Ruiz^f, R. López Sánchez^g, L. de La Fuente Blanco^h y M. de la Hoz Gutiérrezⁱ

^aMédico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ^dMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. ^eMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^hMédico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. ⁱMédico de Familia. SUAP Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años, que acude a la consulta acompañado de su familia, por deterioro general, su mujer refiere sintomatología de somnolencia, dificultad para la marcha, disminución del apetito, apatía, caídas frecuentes...no ha presentado clínica infecciosa. Como antecedentes personales presenta HTA, DM tipo 2 de larga evolución sin complicaciones macro ni microangiopáticas, trastorno depresivo mayor con rasgos psicóticos, en tratamiento crónico con litio, síndrome parkinsoniano en seguimiento por Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, somnoliento. TA 90/60. AC rítmica, lenta, roce pericárdico. AP roncus dispersos y crepitantes. Bioquímica: glucosa 124 mg/dl; urea 68 mg/dL; creatinina 1,85 mg/dL; Na 137 mEq/L; K 3,2 mEq/L, TSH 255; T4L 0,003. Hemograma: 10.100 leucocitos; hemoglobina 10,5 mg/dL; plaquetas 175.000. Rx tórax: sin hallazgos patológicos. ECG: RS a 40 latidos por minuto. No alteraciones agudas de la repolarización. Microvoltaje. Litemia: 1,21 TC craneal: normal. Ecocardiograma: derrame pericárdico en pequeña cuantía.

Juicio clínico: Hipotiroidismo grave.

Diagnóstico diferencial: Broncoaspiración. Reagudización síndrome parkinsoniano. ACVA. Intoxicación por litio.

Comentario final: Plan de actuación: Se comenzó tratamiento sustitutivo a bajas dosis junto con hidroaltesona. Progresivamente se fue elevando la dosis de levotiroxina, la mejoría del estado general fue llamativa, mejorando el nivel de conciencia y la autonomía para la deambulación. Durante su seguimiento ha presentado cifras de TSH normales con dosis de eutirox de 150 ?g. Comentario final: Uno de los efectos conocidos del litio es la alteración hacia la hipofunción tiroidea. Nuestro paciente presentaba un hipotiroidismo grave con datos de somnolencia, bradicardia, bajo voltaje en el ECG, derrame pericárdico, hipotensión arterial, arreflexia. Se trata de una entidad poco frecuente, pero de gravedad, en la que la instauración de un tratamiento eficaz es básica. El tratamiento se basa en la restitución hormonal, en caso de coma mixedematoso de forma endovenosa o oral si el nivel de conciencia lo permite; hay que presentar especial atención en los pacientes con riesgo de isquemia miocárdica. Junto con la hormona tiroidea hay que incluir tratamiento esteroideo para evitar una crisis suprarrenal, así como tratamiento de soporte

hidroelectrolítico, ventilación.

Bibliografía

1. Roberts CGP, Ladenson PW. Hypothyroidism. Lancet. 2004;363:793-803.

Palabras clave: Hipotiroidismo. Litio. Coma mixedematoso.