

COMA MIXEDEMATOSO COMO PRESENTACIÓN DE HIPOTIROIDISMO CENTRAL.

Leslie Echeverría Barría¹, Javiera González Fuenzalida¹, Daniela Ávila Osos¹, Ángela Garrido Maldonado¹, Cristian Aguilar Dreyse², Alejandra Lanús Montecinos¹, Daniela Eugenia Castillo¹, Pedro Pineda Bravo¹

¹ Hospital Clínico Universidad de Chile, ² Hospital del Salvador.

El coma mixedematoso representa el estado de descompensación máxima de un hipotiroidismo, es poco frecuente y difícil de diagnosticar. Dentro de sus etiologías lo más frecuente es que se desarrolle en el contexto de un hipotiroidismo primario, dejando al hipotiroidismo de origen central como una causa muy infrecuente. Es por esta razón que presentamos este paciente.

Caso clínico: Mujer 64 años, antecedentes HTA, EPOC, alcoholismo crónico y tabaquismo crónico, mala adherencia a controles de salud; ingresa por shock séptico de foco pulmonar e insuficiencia respiratoria, derrame pericárdico severo, hiponatremia e hipoglicemia; se manejó inicialmente con corticoterapia IV y broncodilatación. Al ex físico destacaba piel seca, con frialdad distal, facies vultuosa, cabello seco y ralo. Evoluciona con deterioro cardiovascular y hemodinámico, requiriendo conexión a VMI, inicio de DVA (noradrenalina, dobutamina), antibiótico terapia empírica, corrección hidroelectrolítica y de glicemia. Exámenes de ingreso destaca TSH 13 mIU/L (0.465-5.6) y T4 L 0.13 ng/dl (0.5-2.19), panel viral (+) influenza A/H3, con estos exámenes se toma cortisol random 23.8 (post inicio corticoides), se ajusta tratamiento empírico sepsis y se inicia levotiroxina (LT4) 100 mcg/día x SNG. Tras 3 días de terapia se repiten exámenes T4L 0.13 ng/dl. Se complementa estudio etiológico ante la sospecha de origen central con: Prolactina 4.3 ng/ml (3.3-28.3), FSH 17 UI/L (2.5-5). Por sospecha de coma mixedematoso de origen central, con mala absorción gástrica, se agrega LT4 intravenosa, 200 mcg al día por 2 días consecutivos más corticoterapia IV; paciente evoluciona con disminución de requerimiento de DVA, hasta la suspensión de noradrenalina, control con T4L 1.1 ng/dl. Al cabo de unos días evoluciona con SCA sin SDST; coronariografía: ADA con 2 aneurismas con estenosis crítica entre ellos, A circunfleja con estenosis severa; ventriculografía: akinesia pared inferior e hipokinesia pared anterior. Ante la necesidad de revascularización con asistencia ventricular se traslada a Hospital del Tórax donde evoluciona desfavorablemente, falleciendo pocos días después.

Discusión: El coma mixedematoso se caracteriza por ser una emergencia médica con una alta mortalidad (30-65%). Se describen factores precipitantes entre ellos la sepsis, la exposición al frío, el trauma y el uso de anestesia. Se han descrito muy pocos reportes de coma mixedematoso asociado a hipotiroidismo central en la literatura. Este caso nos muestra lo importante que es tener el conocimiento de esta patología y así una alta sospecha diagnóstica, ya que esta paciente pese a tener TSH discretamente elevadas estas no eran proporcionales para el nivel tan bajo de hormonas tiroideas periféricas, lo cual sumado a la alteración de los otros ejes hipofisarios hace sospechar su origen central.

Financiamiento: Sin financiamiento