



Reunión Clínica 15 de Junio 2019
09:30 – 10:15

“COMA MIXEDEMATOSO Y EMBARAZO CON PREECLAMPSIA SEVERA”

Presenta: Dra. Claudia Munizaga M.
Endocrinología
Hospital Clínico San Borja Arriarán

CASO 1

Paciente sexo femenino 27 años, proveniente de Venezuela, hace 1 año en Chile. Con antecedente de aplasia células rojas a los 3 meses de vida. Consulta en SU Maternidad HCSBA el 26/09/2018 con embarazo de 14 semanas, con historia de cuadro de 1 mes caracterizado por compromiso del estado general, fatigabilidad y edema generalizado progresivo. Se pesquisa hipertensa y edematosa. Sin otros hallazgos relevantes al examen. Se hospitaliza en alto riesgo obstétrico con diagnóstico de Síndrome Hipertensivo del Embarazo. En estudio inicial destaca proteinuria de 11grs en 24 horas. Evaluada por Nefrología y Reumatología: IgA, IgG e IgM normales. FR normal. C3 y C4 normales. VHB, VHC, VIH, VDRL y Chagas no reactivos. ANA y perfil ENA negativos. Eco renal: escasa diferenciación corticomedular.

Evoluciona a la semana con deterioro clínico: Disnea y deterioro hemodinámico. Evaluada de urgencia por Cardiología, Ecocardiograma TT: disfunción sistólica moderada, con FE 40%, sugerente de miocardiopatía infiltrativa y derrame pericárdico severo. Se realiza ventana pericárdica que da salida a 700ml de líquido citrino, con extubación precoz, se traslada a UCO.

Dos días después, nuevo deterioro hemodinámico y ventilatorio. Requiere VMI y uso de DVA. Angio TAC: descarta TEP. Ecocardiograma TE: disfunción severa de VI. Monitorización cardíaca invasiva concordante. Evoluciona con grandes conflictos perfusionales e HTA de difícil manejo pese a tratamiento EV (NTG, Nitroprusiato, labetalol). Se discute caso en Comité de Ética multidisciplinario, se decide interrupción del embarazo farmacológico, por 1era causal (riesgo vital materno).

Continúa deterioro clínico, hemodinámico y ventilatorio. Falla cardíaca severa, oligoanuria y edema progresivo. Se realiza ultrafiltración. TAC de tórax con derrame pleural moderado bilateral y atelectasias pasivas. Toracocentesis izquierda: trasudado. Biopsia grasa mediastínica (rescatada posteriormente como negativa para depósito amiloide). Dado lo anterior, se decide VM en pronación.

Reevaluada por Reumatología, 15 días después de ingreso, se solicitan exámenes tiroideos: TSH mayor a 75 y T4L indetectable. Interpretado como coma mixedematoso, se inicia manejo con LT4 con dosis inicial de 500ug por SNG. Se repite carga de 500ug por SNG asociado a 200ug/día EV por 2 días más. Evoluciona con falla ventricular catastrófica y necesidad de conectarse a ECMO, por lo que, se traslada a Hospital Sotero del Río, donde se mantiene Levotiroxina 200 ug al día, a las 96 horas por normalización de exámenes se baja dosis a 100 ug al día. Evoluciona con estabilidad hemodinámica al 4to día, aunque importante conflicto de volumen por lo que requiere UF continua. Se desconecta de ECMO. Continúa manejo antihipertensivo intensivo. Ecocardiograma de control objetiva recuperación de función sistólica con FE 60%, derrame pleural moderado bilateral remanente y balances hídricos negativos. Se logra extubación con apoyo inicial de VMNI. Ante buena evolución regresa a nuestro centro en buenas condiciones generales, afebril, algo bradipsíquica, se reinician corticoides orales Prednisona 60 mg/día por sd. Nefrótico y completa tratamiento antibiótico. Evoluciona con hematoma retroperitoneal, que debió resolverse quirúrgicamente.

Paciente actualmente bien, en rehabilitación. Desde el punto de vista nefrológico con estudio inmunológico básico negativo. Biopsia renal que muestra Microangiopatía trombotica + IFTA (fibrosis intersticial y atrofia tubular) 15%, Evoluciona con recuperación ad integrum de función renal, sin hipertensión arterial, con proteinuria de 278mg/24 hr. Evaluada por nefrología plantean que sd. Nefrótico fue secundario a síndrome hipertensivo severo del embarazo. Desde el punto de vista endocrinológico, usando Levotiroxina 100ug al día.

Pendiente estudio de Síndrome Antifosfolípido.

Función tiroidea durante hospitalización:

	09/10/2018	10/10/2018	11/10/2018	29/10/2018	05/11/2018	12/11/2018	19/11/2019
TSH	> 75	> 75	> 75	25.8	49.1	> 75	15.7
T4		1.83	6.84		7.45	7.86	11
T4L	< 0.3		1.18		0.99	0.77	
T3			< 40		45.9	61.2	72
	21/11/2018	02/12/2018	04/12/2018	02/01/2019	08/04/2019	29/04/2019	
TSH	29.9	14.9	13.7	1.13	0.032		
T4	8.08	5.2		9.95	5.9		
T4L				1.46	1.06		
T3							

REFERENCIAS

- 1.- Santoro D, Vadalà C, Siligato R, Buemi M and Benvenga S (2017) Autoimmune Thyroiditis and Glomerulopathies. *Front. Endocrinol.* 8:119. doi: 10.3389/fendo.2017.00119
- 2.- Mathew V, Misgar RA, Ghosh S, et al. Myxedema coma: a new look into an old crisis. *J Thyroid Res.* 2011;2011:493462.
- 3.- Turhan NO, Koçkar MC, Inegol I (2004) Myxedematous coma in a laboring woman suggested a pre-eclamptic coma: A case report. *Acta Obstet Gynecol Scand* 83: 1089-1091.
- 4.- L. Wartofsky, "Myxoedema coma," *Endocrinology Metabolism Clinics of North America*, vol. 35, pp. 687–698, 2006.