

# COMA MIXEDEMATOSO CON DESENLAJE FATAL

**E. Crespo Valadés, J. Izquierdo Hidalgo**

Servicio de Urgencias. Hospital Regional Universitario "Infanta Cristina". Badajoz

## Myxedema coma with fatal outcome

### Introducción

El coma mixedematoso es una situación de hipotiroidismo extremo, y constituye una emergencia médica. Presentamos aquí una nueva aportación a la escasa casuística existente<sup>1</sup>.

### Caso clínico

Se trataba de una mujer de 52 años, deficiente mental desde la infancia, con hipercolesterolemia, y en tratamiento sintomático con ansiolíticos. Fue remitida al Servicio de Urgencias para valoración cardiológica especializada por cuadro de disminución del nivel de conciencia, desde hacía 3 días, con bradiarritmia sinusal, acidosis respiratoria (pH: 7,32; pCO<sub>2</sub>: 48 mmHg; HCO<sub>3</sub>: 28 mmol/l) con hipoxemia (pO<sub>2</sub>: 56 mmHg; saturación O<sub>2</sub>: 86%), y en placa de tórax silueta cardíaca muy aumentada, con sospecha de derrame pericárdico, junto a elevación enzimática cardíaca significativa (CPK: 1.532 U/l; GOT: 249 U/l; LDH: 817 U/l). También existía anemia moderada (Hb: 10 g/L; Hto: 30%) normocítica (VCM: 97,3 fl) y normocrómica (HCM: 32,6 pg). A la exploración la paciente estaba hipotensa (TA: 90/60 mmHg), afebril (36°C), con nivel de conciencia estuporoso. Presentaba facies mixedematosa, y edemas generalizados (anasarca). Auscultación cardíaca: bradicárdica, a 46 lpm, con tonos apagados. Auscultación pulmonar: hipofonesis generalizada. Abdomen: Blando, depresible y sin visceromegalias palpables, con ruidos abdominales disminuidos. Se realizó ecocardiografía transtorácica, detectándose un derrame pericárdico moderado sin signos de taponamiento. Ante la sospecha de coma mixedematoso se decidió iniciar tratamiento hormonal

sustitutivo (levotiroxina: 500 µg/inicial i.v.), conjuntamente con glucocorticoides (hidrocortisona: 100 mg/8 horas i.v.) y medidas generales. A las 4 horas de instaurado el tratamiento presentó episodio de bradicardia severa con bloqueo A-V completo, sin respuesta favorable con atropina ni marcapasos externo, falleciendo la enferma. La determinación de hormonas tiroideas en extracción previa al tratamiento fue: TSH: 45 µUI/ml (N: 0,15-5) y T4 libre: 2,4 pg/ml (N: 7-19).

### Discusión

El coma mixedematoso<sup>2</sup> es una complicación muy infrecuente del hipotiroidismo. Suele desarrollarse en pacientes hipotiroideos de larga evolución no tratados, principalmente en ancianos, y en relación a diversos desencadenantes, tales como: infecciones, frío, traumatismos, cirugía, infarto agudo de miocardio, hemorragia digestiva, fármacos sedantes y narcóticos, etc. Clínicamente destaca la depresión del nivel de conciencia, hipoventilación, hipotermia e hipotensión con bradicardia. En la analítica puede aparecer anemia, hipoglucemia, hiponatremia y aumento de enzimas CPK y LDH.

El diagnóstico es de sospecha clínica y confirmado retrospectivamente con las determinaciones hormonales tiroideas previas al tratamiento, que mostrarán niveles muy elevados de TSH y bajos de T4 libre. El tratamiento<sup>3</sup> debe realizarse en U.C.I. y comprende medidas generales tales como ventilación asistida si existe marcada retención de CO<sub>2</sub>; reposición cautelosa de volumen para resolver la hipotensión, y si ésta persiste, el empleo de fármacos vasopresores; y medidas contra la hipotermia, que si es extrema requerirá calentamiento interno. La hiponatremia se trata con restricción hídrica y si es severa con suero salino hipertónico. La hipoglucemia puede requerir infusión de suero glucosado hipertónico. El tratamiento defini-

Correspondencia: Dr. Enrique Crespo Valadés  
Avda. Juan Pereda Pila Nº 15, 2ªA 06004 Badajoz

tivo es hormonal y se realizará con levotiroxina, a dosis inicial de 7 µg/kg, en infusión i.v. lenta, o si no se dispone del preparado parenteral, 1.000 µg de levotiroxina oral por sonda nasogástrica. Posteriormente se pasará a dosis de mantenimiento (50-100 µg/día i.v. y luego 100-150 µg/día oral). Con el fin de evitar desencadenar una insuficiencia suprarrenal aguda al iniciar el tratamiento con tiroxina, se administrarán conjuntamente glucocorticoides a dosis altas (hidrocortisona: 300 mg/día i.v.) con pauta descendente, suspendiéndola en 8-10 días, y estudiando después la función corticosuprarrenal, dada la frecuente asociación con hipoadrenalismo. Su mortalidad, aun con tratamiento instaurado precozmente, es muy elevada (más del 50%), sobre todo debido a complicaciones cardiovasculares (arritmias graves, isquemia miocárdica) del propio hipotiroidismo o precipitadas por el tratamiento con dosis altas de tiroxina.

En esta paciente, en la que nunca se había valorado previamente la posibilidad de hipotiroidismo, el aspecto mixedematoso que presentaba nos indicaría

un hipotiroidismo no tratado de larga evolución, e incluso la existencia de un notable déficit intelectual desde la infancia podría hacer pensar en la posibilidad de un cretinismo. La hipercolesterolemia es otro antecedente congruente con un hipotiroidismo previo. En este caso, como desencadenante principal podemos destacar el frío, ya que el episodio tuvo lugar en diciembre de 1997, coincidiendo con temperaturas muy bajas en toda España. La toma habitual de ansiolíticos, prescritos en relación a episodios frecuentes de ansiedad e irritabilidad, podría haber colaborado también a su descompensación.

### Bibliografía

1. Arbol Linde F, Contreras Rosino C, Marcos Sánchez F, Sarmiento EJ, López Onega P. Un nuevo caso de coma mixedematoso de evolución fatal. *An Med Interna* 1997; 4: 213-214.
2. Wartofsky L. Myxedema coma. En: Braverman LE, Utiger RD, eds. *The thyroid*, 7th edition, Philadelphia. Lippincott 1996: 871-879.
3. Emerson CH. Myxedema coma. En: Rippe JM, Irwin RS, Alpert JS, Fink MP, eds, *Intensive Care Medicine*. 2nd edition, Little Brown. Boston 1991: 980-982.