

COMA MIXEDEMATOSO

Dra. Vicenta Pastor Domenech

Médica adjunta del Servicio de Urgencias. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Se define como el déficit grave de hormonas tiroideas que origina una disminución del nivel de conciencia. Suele darse en hipotiroides no tratados durante largo tiempo o asociado a uno o más factores precipitantes (en mayores de 50 años, mujer, y en invierno). Es una emergencia médica con una elevada mortalidad (50%).

ETIOLOGIA

- **Hipotiroidismo 1º:** la alteración se debe a la glándula tiroidea. Presenta bocio y aumento de TSH.
 - Tratamiento de la enf. de Graves con yodo radiactivo o tiroidectomía subtotal.
 - Enfermedades autoinmunes: Enfermedad de Hashimoto.
 - Otros: fármacos (litio, amiodarona), congénitas.
- **Hipotiroidismo 2º:** la alteración está en la hipófisis. No presenta bocio. TSH normal o baja. Las causas más frecuentes son los tumores hipofisarios, hemorragia postparto y la sarcoidosis.
- **Hipotiroidismo 3º:** Alteración del hipotálamo. Aumenta la TRH.

Factores desencadenantes: infecciones, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, IMA, ACV, fármacos (sedantes, amiodarona, fenitoína, litio, diuréticos), hipoglucemia, exposición al frío, hipoglucemia, HDA.

CLINICA

- **Signos y síntomas propios de hipotiroidismo:** piel fría, pálida, edema sin fovea con mixedema sobre todo a nivel periorbitario, macroglosia, debilidad muscular, hiporreflexia, etc...
- **Síntomas propios de la emergencia que produce el descenso de h. tiroideas:** Hipotermia (80%), disminución del nivel de conciencia, coma, hipotensión, bradicardia, hipoventilación alveolar, hiponatremia dilucional por la retención de agua, ascitis, íleo paralítico.

Se debe considerar el diagnóstico de crisis mixedematosa en todo paciente con disminución de nivel de conciencia de causa no explicada e hipotermia a pesar de infección o sepsis.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Hemograma:** suele haber anemia y leucocitopenia.
- **Bioquímica:** glucosa (hipoglucemia), urea y creatinina (aumento creatinina con urea normal), Na (hiponatremia dilucional), GOT y GPT (suelen estar elevadas), CK (elevada con CK-MB normal)
- **Gasometría:** acidosis respiratoria con hipoxemia e hipercapnia.
- **Anormales y sedimento.**
- **ECG:** bradicardia, bajo voltaje.
- **Rx tórax:** puede ser normal o revelar una condensación, derrame pericárdico, signos de IVI.

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

- **Niveles de TSH y T4 libre** (siempre antes de poner tratamiento sustitutivo).
- Si se sospecha insuficiencia suprarrenal asociada: extracción de **cortisol y ACTH**.

TRATAMIENTO

Ante la sospecha clínica se debe iniciar el tratamiento sin esperar la confirmación diagnóstica. Habitualmente requiere ingreso en UCI.

- **Medidas de soporte:**
 - Canalización de una vía venosa preferiblemente con Drum y monitorización hemodinámica.
 - Soporte ventilatorio, inicialmente con Ventimask 40%. Si $PCO_2 > 50$, intubación endotraqueal.
 - Sondaje vesical con medición de diuresis horaria.
 - Tratamiento de la hipotensión: si no mejora tras la terapia hormonal sustitutiva se administran soluciones cristaloides e incluso si PAS < 80mmHg administraremos dopamina en dosis inicial de 5 μ g/Kg/min.
 - Corrección de hipotermia de forma pasiva (mantas). Si T^a rectal < 30º o existe arritmia ventricular iniciar maniobras de recalentamiento interno. Aún así el incremento de la temperatura no debe ser mayor a medio grado por hora de T^a rectal y siempre después de haber iniciado tratamiento hormonal sustitutivo.

- Corrección de hiponatremia dilucional: puede responder a la restricción hídrica. Si coexiste hiponatremia severa (< 120 mEq/L) administrar Furosemida iv bolo inicial de 40-60mg y posteriormente 20 mg/6h, (excepto si existe depleción de volumen) y suero salino hipertónico al 3% iv (Previamente calcular la cantidad de sodio requerida), con monitorización de la natremia.
- Corrección de la hipoglucemia: con glucosado o glucosmon R-50.
- **Tratamiento hormonal tiroideo:**
 - Antes de iniciarlo administraremos corticoides (hidrocortisona 100mg iv/8h) para corregir una posible Insuficiencia suprarrenal asociada.
 - Levotiroxina sódica (T4, Levothroid) en dosis inicial de 300-500 μg en bolo iv lento (por el riesgo de arritmias y cardiopatía isquémica) seguido de 75-100 μg iv/24 h hasta que el paciente tolere la vía oral.
 - Si no es posible disponer de medicación iv podemos utilizar triiodotironina (T3) a dosis de 20 μg al día por vía oral o por SNG. Se debe reducir la dosis al 50% en cardiópatas y ancianos.
- **Tratamiento de los factores desencadenantes.**