

Insuficiencia respiratoria aguda debida a mixedema

Sr. Director:

El mixedema puede ocasionar insuficiencia respiratoria hipercápnica que necesite ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para tratamiento con ventilación mecánica. Presentamos el caso de una mujer de 67 años, obesa, y diagnosticada previamente de bocio sin tratamiento, e insuficiencia respiratoria crónica en tratamiento con salbutamol a demanda. En los últimos meses hacía una vida camasillón y presentaba disnea progresiva. Fue atendida en el servicio de urgencias, por presentar disminución del nivel de conciencia, donde se le diagnosticó una encefalopatía hipercápnica y se decidió el ingreso en la UCI para realizar tratamiento con ventilación mecánica.

Una vez ingresado se obtuvieron los siguientes datos: tensión arterial: 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca: 50 latidos por minuto (lpm), temperatura axilar: 35 °C, edema periorbitario y deshidratación mucocutánea. En la analítica sanguínea a su ingreso destacaba una hiponatremia de 126 mEq/l. Dado el antecedente de bocio, se realizó una determinación de hormonas tiroideas con el siguiente resultado: hormona estimuladora del tiroides (TSH) 45,3 uIU/ml (normal: 0,32-5), T4 libre 0,21 ng/dl (normal: 0,71-1,85), triyodotironina (T3) libre 0,69 pg/ml (normal: 1,45-3,48). Con el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda en el seno de coma mixedematoso, se inició un tratamiento con una dosis inicial de 500 µg de levotiroxina intravenosa, seguida de 100 µg/día, junto con 100 mg/8 horas de actocortina que se suspendió tras constatar un valor normal del cortisol plasmático. La paciente presentó una mejoría progresiva de la insuficiencia respiratoria, consiguiéndose la desconexión de la ventilación mecánica tras varias semanas.

El coma mixedematoso se caracteriza por deterioro del nivel de conciencia, hipotermia (temperatura

inferior a 35 °C) y niveles bajos de hormonas tiroideas con aumento de la TSH¹. Es más frecuente en mujeres (80%), generalmente mayores de 60 años, y aparece sobre todo en invierno². La mortalidad en los últimos años ha disminuido, pasando de un 60%-70% a un 20%-25% gracias al diagnóstico y tratamiento precoz³. Pueden coexistir factores precipitantes como infección, accidente vascular cerebral, traumatismo, fármacos⁴. El deterioro del nivel de conciencia puede variar desde un estado de desorientación y bradipsiquia hasta el coma⁴. Otros hallazgos son: hipotermia, vasodilatación con hipotensión arterial, bradicardia, hipoventilación y derrame pericárdico con posibilidad de taponamiento cardíaco^{1,5}.

El diagnóstico se realiza ante la presencia de niveles bajos de T4 y T3, junto con la TSH elevada². Son posibles otras alteraciones analíticas como hiponatremia² e hipoglucemia en el caso de insuficiencia adrenal⁴, anemia normocítica, aumento de creatinina y transaminasas, hipercolesterolemia, alteraciones inespecíficas del electrocardiograma, cardiomegalia y derrame de pleura^{2,4}.

El tratamiento debe ser lo más precoz posible, administrando un bolo de 200-500 µg de T4 y, posteriormente, 50-100 µg/día por vía intravenosa y posteriormente oral. Junto con la administración de T4 se añade al tratamiento 100 mg/8 horas de hidrocortisona, hasta descartar la insuficiencia adrenal. Los pacientes que requieren ventilación mecánica suelen mejorar tras 7-10 días de tratamiento hormonal sustitutivo⁵.

B. GARCÍA-VILA, M.L. RODRÍGUEZ-BLANCO,
C. MARTÍN-PARRA Y S. SÁEZ- NOGUERO
*Hospital Provincial de la Misericordia.
Toledo. España*

BIBLIOGRAFÍA

1. Fliers E, Wiersinga W. Myxedema Coma. Reviews in Endocrine & Metabolic disorders. 2003;4:137-41.
2. Wall CR. Myxedema coma: diagnosis and treatment. American Family Physician. 2000;62:2485-90.
3. Rodríguez I, Fluiters E, Pérez-Méndez LF, Luna R, Páramo C, García-Mayor RV. Factors associated with mortality of patients with myxoedema coma: prospective study in 11 cases treated in a single institution. J Endocrinol. 2004;180:347-50.
4. Ringel MD. Management of hypothyroidism and hyperthyroidism in the intensive care unit. Critical Care Clinics. 2001;17:59-73.
5. Behnia M, Clay AS, Farber MO. Management of myxedematous respiratory failure: review of ventilation and weaning principles. Am J Med Sci. 2000;320:368-73.