



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/2876 - AGITACIÓN Y EDEMAS

R. Campayo García^a, J. Bañón López^b, M.Á. Morcillo López^a, M. Nieto Vitoria^a, M. García Aroca^c, F. Briones Monteagudo^d y L. Penide Villanueva^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hellín II. Albacete. ^bFEA Urgencias Hospitalarias; ^cFEA Anestesia y Reanimación. Hospital de Hellín. Albacete. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 31 años sin antecedentes médicos de interés ni alergias medicamentosas que consulta por nerviosismo, sudoración profusa, disnea y edemas en miembros inferiores progresivos desde hace 3 semanas, sin fiebre ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: nerviosismo. Sudoración. Exoftalmos. Bien hidratada, perfundida y coloreada. Disneica en reposo (SatO₂ 87%). T^a 37,9 °C. FC 130 lpm. TA 134/81. ACP: taquicárdica. Crepitantes bibasales. EEII: edemas con fóvea hasta raíz de muslos. EESS: edemas con fóvea hasta codos. ECG: fibrilación auricular (FA), 130 lpm. Eje -60°. Descenso ST con ondas T negativas en precordiales izquierdas. Se deriva a Urgencias hospitalarias con diagnóstico de FA de inicio incierto e insuficiencia cardíaca. Bioquímica: Gluc: 153, calcio: 7,9 l; Trop I: 0,048; LDH: 452, bilirrubina total: 6,1; lactato: 4,7; NT proBNP: 1.830, hemograma: Pla: 168. Coagulación: INR: 2,67, dímero D: 1,79. Tóxicos en orina: negativos. Resto normal. Ecocardiografía TT: AC por FA a 140-160 lpm. Patrón hiperdinámico. Disfunción grave del VD. Dilatación grave del VD. Hipertensión pulmonar grave. No derrame pericárdico. Cardioversión eléctrica 100 J: revierte a ritmo sinusal. Rx tórax: compatible con edema agudo de pulmón. AngioTAC pulmonar: descarta tromboembolismo pulmonar. Cardiomegalia. Derrame pleural bilateral. Patrón de edema pulmonar. Tiroides aumentada de tamaño de aspecto multinodular. Ingresa en UCI. Hormonas tiroideas: tiroxina: 3,52; TSH < 0,02 l; T3: 7,59.

Juicio clínico: Tormenta tiroidea. Crisis tiorotóxica secundaria a enfermedad de Graves-Basedow con FA rápida, insuficiencia cardíaca congestiva, edema agudo de pulmón con derrame pleural bilateral e insuficiencia respiratoria severa que requiere de ventilación mecánica secundarios.

Diagnóstico diferencial: Sepsis, fármacos, golpe de calor, hipertermia maligna, feocromocitoma, síndrome neuroléptico maligno, tromboembolismo pulmonar, abandono de tratamiento antitiroideo.

Comentario final: Tras inicio de tratamiento con tiamizol, propranolol, corticoides y medidas generales de soporte la paciente presenta mejoría clínica y se procede traslado a planta de hospitalización de Medicina Interna y posteriormente alta a domicilio. El hipertiroidismo sin el correcto diagnóstico y tratamiento puede condicionar situaciones clínicas que amenacen la vida del

paciente como se pone de manifiesto en este caso clínico.

Bibliografía

1. Karger S, Fuhrer D. Thyroid storm-thyrotoxic crisis: an update. *Deutsch Med Wochenschr.* 2008;133:479-84.

Palabras clave: *Tirotoxicosis. Hipertiroidismo. Fibrilación auricular.*