



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 423/145 - UN EDEMA POCO COMÚN

D. Martínez Revuelta<sup>1</sup>, M. Gómez González<sup>2</sup>, J. Bustamante Odriozola<sup>3</sup>, J. González Fernández<sup>4</sup>, M. Maamar El Asri<sup>5</sup>, B. Gutiérrez Muñoz<sup>6</sup>, A. Gutiérrez Pérez de Lis<sup>7</sup>, A. del Rey Rozas<sup>8</sup>, A. Ruíz Urrutia<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria.

<sup>2</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

<sup>3</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria.

<sup>4</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo. Reinosa. Cantabria. <sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria.

<sup>6</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. <sup>7</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria.

<sup>8</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. <sup>9</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr Morante. Santander. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 52 años, con antecedentes personales de obesidad tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo primario autoinmune, en tratamiento con enalapril 20 mg, atorvastatina 20 mg, insulina glargina 300 U/ml, insulina asparta 100 U/ml, empagliflozina 10 mg y levotiroxina 150 µg. El paciente acude a consulta por aumento de edema en cara y en las cuatro extremidades. así como aumento de 7 kilogramos en el último mes y medio. Asocia disnea de esfuerzo grado II (subir escaleras y en llano) y astenia importante. que no le permite completar adecuadamente su trabajo. No cambio de medicación. No refiere oliguria, poliuria, ni clínica infecciosa o fiebre. No dolor torácico, ni otra clínica acompañante. Indagando sobre el cuadro, el paciente refiere que en los últimos meses ha tenido problemas de dinero y ha dejado de tomar algunos tratamientos incluyendo la levotiroxina. Se deriva a urgencias para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientado en las tres esferas, bradipsíquico pero colaborador, bien hidratado y perfundido, con coloración anaranjada de piel y de mucosas. Eupneico en reposo, sin ingurgitación venosa yugular, con carótidas isopulsátiles. Macroglosia. Auscultación cardíaca: rítmico sin soplos, auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, abdomen: globuloso por tejido adiposo, resto normal, extremidades: edemas de las cuatro extremidades con fovea, pulsos radiales y pedios presentes y simétricos, sin signos de trombosis venosa profunda. Analítica: gasometría venosa normal, bioquímica normal a excepción de niveles de T4L < 0,039 ng/dL, TSH 102,90 mIU/L y cortisol 34,6 µg/dL, coagulación normal, hemograma normal. Radiografía de tórax normal, electrocardiograma: bradicardia sinusal a 45 lpm con QRS estrecho y sin alteraciones de la repolarización.

**Juicio clínico:** Mixedema secundario a abandono de levotiroxina en paciente con hipotiroidismo

primario autoinmune grave.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardíaca. Síndrome nefrótico. Síndrome de Cushing.

**Comentario final:** Dado los resultados en urgencias, avisan a cuidados intensivos (UCI), que ingresan al paciente con canalización de catéter venoso central, iniciando fluidoterapia y tratamiento hormonal sustitutivo con levotiroxina 100 µg cada 12 horas e hidrocortisona 50 mg cada 8 horas. Tras cuatro días en UCI. nuevo control de hormonas tiroideas: T4 0,72 ng/dL, TSH 50 mIU/L y cortisol 8,1 µg/dL, siendo dado de alta a planta de endocrinología, con posterior seguimiento en consulta. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con misma dosis de levotiroxina previa a la complicación. Recordar que el mixedema es el punto final del espectro de un hipotiroidismo, que se caracteriza por presentar un edema producido por infiltración de sustancia mucosa en la piel, y a veces en los órganos internos, a consecuencia de un mal funcionamiento de la glándula tiroidea (hipotiroidismo), en este caso por abandono de medicación, de aquí la importancia de ver a cada paciente de forma global, haciendo hincapié en todos sus antecedentes.

### **Bibliografía**

Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, Burman KD, Cappola AR, Celi FS, et al. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement. *Thyroid*. 2014;24(12):1670-751.

Gordon MB, Gordon MS. Variations in adequate levothyroxine replacement therapy in patients with different causes of hypothyroidism. *Endocr Pract*. 1999;5(5):233-8.