Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1354

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1227 - ENCEFALOPATÍA HIPOTIROIDEA

A. Molina Díaz[1], L. Alonso Bastos[2], B. Villatoro Ramírez[3] y C. Onsurbe Bello[1]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Artilleros. Madrid. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rivas La Paz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 62 años, diabetes mellitus insulinodependiente, HTA (enalapril/hidroclortiazida y manidipino), anemia macrocítica por déficit de B12 y diagnóstico reciente de prurigo. Derivada a urgencias por MAP, por disnea de moderados esfuerzos, edemas en MMII, astenia, bradipsiquia y bradilalia de cinco días de evolución. Refiere además estreñimiento.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 92/53, FC: 58, Tª: 35 ºC. Placas eritematosas y descamativas, confluentes, extensas, en tronco y extremidades, escoriaciones por rascado. Pelo ralo y fino. ACP: normal. EEII: edemas con fóvea hasta rodillas. Neurológica: Consciente, orientada TEP temporoespacial, colaboradora para órdenes sencillas y complejas con tendencia a la inatención y perseverancia. Comprende, nomina y repite, fluencia conservada, tendencia ecolalia. Reflejo glabelar inagotable, palmomentoniano bilateral, no succión ni grasping. Disartria leve. Pupilas mióticas isocóricas hiporreactivas, MOES conservados, no nistagmo, no ptosis, ligera proptosis bilateral. Resto pares craneales conservados. No déficit motor ni sensibilidad táctil. Agrafestesia. ROTs MMSS+++ simétricos bilaterales con difusión de área, Hoffman y Trömmer bilateral con clonus agotable. ROTs patelar y tibial ++ simétricos bilaterales, RCP extensor bilateral. No dismetría, temblor intencional. Romberg - con retropulsión. ECG en ritmo sinusal a 58 lpm, bajos voltajes, Hb 9,9 g/dL, VCM 108,3 fL, leucocitos 6,40 × 10^3/µL, neutrófilos 4,9 × 10^3/µL, fibrinógeno 535, glucosa 87 mg/dL, LDH 246 U/L, creatinina 2,11 mg/dL, FG 24, Na 147 mmol/L, potasio 5,3 mmol/L, PCT 0,07 µg/L, Nt-proBNP 877 ng/L, PCR 1,3. Nitritos en orina positivos. Radiografía tórax y TAC craneal sin alteraciones. TSH 8,70 mUI/L, T4 libre 0,8 ng/dL, tiroglobulina 67,7 µg/L.

Orientación diagnóstica: Encefalopatía por hipotiroidismo sintomático probablemente manifestado por ITU intercurrente.

Diagnóstico diferencial: Encefalopatía tóxica, metabólica, lesiones intracraneales, alteraciones neuropsíquicas.

Comentario final: La paciente impresiona de hipotiroidismo sintomático, por lo siguiente: bradilalia, bradipsiquia, voz ronca, facies hipotiroidea, pelo ralo y fino, piel seca, edemas persistentes pese a diurético, estreñimiento, bradicardia con voltajes bajos en electrocardiograma. Alteraciones metabólicas como elevación de creatinina anemia perniciosa, hipotermia asintomática, elevación de TSH y tiroglobulina, característico de pacientes con hipotiroidismo subclínico de larga

data y coagulopatía leve por probable deficiente producción de factor de Von Willenbrand.

Bibliografía

1. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Palabras clave: Encefalopatía. Hipotiroidismo. Infección intercurrente.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.