

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera
Hospital General Docente Enrique Cabrera

Cardiomiopatía mixedematosa. Reporte de un caso

Myocardiopathie myxedematosa. Report of case

Marcelina García Tassé^I; Miguel A. Serra Valdés^{II}

^IMédico Residente Especialidad de Medicina Interna. E-mail:
mcvaldes@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. E-mail:
maserra@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El hipotiroidismo o enfermedad de Gull (1873) es la afección endocrina más frecuente en nuestros tiempos en los países de todo el mundo y en cualquier raza. La incidencia anual de nuevos casos en la población general es de 1-2%. Se ha estimado que alcanza 6-7% de la población femenina de edad superior a 60 años. **Presentación:** Se presenta el caso de una mujer negra de 32 años con hipotiroidismo posttiroidectomía. Abandona el tratamiento e ingresa con insuficiencia cardíaca, derrame pericárdico y síntomas de hipotiroidismo con mixedema.

Discusión: En esta cardiomiopatía se integran dilatación con hipocinesia, infiltración con restricción, trastornos de la conducción y el ritmo en algunos y en muchos de los casos aparece también afectación del pericardio con derrame asociada. **Conclusión:** Evolucionó satisfactoriamente al restituir tratamiento y otras medidas. En algunos casos el daño es irreversible.

Palabras clave: Hipotiroidismo, mixedema, cardiopatía mixedematosa.

ABSTRACT

Introduction: Hypothyroidism or Gull's disease (1873) is the most frequent endocrine affection in all races worldwide. The annual incidence of new cases is 1-2 % of general population. It has been estimated that this rate reaches 6-7% of the female population over 60 years. **Presentation:** It's a case report of a 32 years old black woman with hypothyroidism post-thyroidectomy. The patient gives up treatment and enters the hospital with cardiac insufficiency, pericardium effusion and symptoms of hypothyroidism with myxedema. **Discussion:** Symptoms such as dilatation with hypokinesia, infiltration with restrictions, pericardium disorders with associated effusion and dysrhythmias in some cases are usually integrated to this cardiomyopathy. **Conclusion:** The patient had a satisfactory evolution after reenter the hospital with the former measures and treatment. In some cases damage is irreversible.

Key words: Hypothyroidism, myxedema, myocardopathies myxedematosus.

INTRODUCCIÓN

El hipotiroidismo primario o enfermedad de Gull (1873) es la afección endocrina más frecuente en nuestros tiempos en los países de todo el mundo y en cualquier raza. No hay reportes estadísticos específicos en nuestro país; pero en textos clásicos de Medicina se recogen estudios epidemiológicos limitados en diferentes áreas geográficas que coinciden en una incidencia muy superior en el sexo femenino, que en sus formas leves a veces no se diagnostica durante un largo período de tiempo.¹⁻³ Entre los diversos estudios epidemiológicos cabe citar el realizado en Whickham, en el que se comprobó que el número de casos de hipotiroidismo previamente diagnosticados era de 19% en las mujeres y menos de 1% en los varones.¹ En el estudio se diagnosticó 3,3% de nuevos casos en la población femenina. Un tercio de estos casos de hipotiroidismo correspondían a formas yatrógenas consecuentes a tratamientos con cirugía o radioyodo. En este estudio, tras 20 años de seguimiento, se ha estimado una incidencia anual de hipotiroidismo espontáneo de 3,5% en las mujeres y de 0,6% en los varones. La incidencia anual de nuevos casos de hipotiroidismo clínico en la población general es de 1-2%. La tiroiditis atrófica autoinmunitaria, la forma más común del hipotiroidismo del adulto, tiene un gran predominio en las mujeres y su frecuencia aumenta con la edad. Este hecho explica la gran prevalencia del hipotiroidismo en las mujeres de edad avanzada. Así, se ha estimado que esta prevalencia alcanza 6-7% de la población femenina de edad superior a los 60 años. Esta cifra de prevalencia no incluye al hipotiroidismo subclínico.¹

El 10% de las mujeres posmenopáusicas padecen tiroiditis autoinmunitaria, y más de la mitad de estas tienen cifras séricas elevadas de TSH. Se calcula que cada año 5% de las pacientes que tienen anticuerpos antitiroideos positivos y TSH elevada presentan un hipotiroidismo clínico. En las áreas de endemia bociosa, la prevalencia de hipotiroidismo es evidentemente muy superior a las citadas. La incidencia de hipotiroidismo congénito se ha estudiado en diversas campañas de diagnóstico y tratamiento precoces del proceso y se estima en un caso por cada 4 000 recién nacidos.⁴⁻⁶

Si bien en los textos se habla de la afectación cardíaca del hipotiroidismo como una de las complicaciones más importantes y con mayor riesgo de mortalidad, hoy en día en los trabajos y revisiones sobre cardiomiopatías se le da un lugar. En la misma existe una estrecha relación con la arterioesclerosis coronaria y sus

consecuencias, pero existe infiltración con restricción del miocardio. Ambas situaciones se integran en dilatación con hipocinesia, infiltración con restricción, trastornos de la conducción y del ritmo en algunos y en mucho de los casos aparece también afectación del pericardio con derrame asociada. Si el deterioro por la enfermedad es de mucho tiempo, prácticamente el daño es irreversible y cada vez progresa más; pero se ve en las descompensaciones agudas de la enfermedad endocrina y mejora notablemente al ser tratada la enfermedad de base como el caso que nos ocupa.⁷⁻¹¹

Presentación del caso

AMT, mujer, 32 años, raza negra, ocupación maquillista del ICRT. HC 980537. Servicio de Medicina Interna. Ingresó 8-12-2010. Motivo de ingreso: decaimiento y falta de aire.

APP: Tiroidectomía a los 14 años por carcinoma papilar del tiroides. Posteriormente radioterapia. Tratamiento sustitutivo con Levotiroxina sódica 0,2 mg diarios, el cual abandona en el 2008 arbitrariamente por sentirse bien.

Desde hace varios meses marcado decaimiento, mucho sueño, hinchazón de la cara, las manos, piernas y pies, dolor en el pecho mal definido con frecuencia, voz ronca, dolores de cabeza frecuentes, estreñimiento marcado, trastornos menstruales, inapetencia, ganancia de peso e intolerancia marcada al frío. Los familiares le notan enlentecimiento al hablar y para dar respuestas a las conversaciones. Desde hace un mes comienza con falta de aire a los esfuerzos y en los últimos días también en el decúbito lo que le obliga a acudir al hospital donde se decide ingresar.

Datos de interés al examen físico: Facie que recuerda el mixedema por infiltración. Labios gruesos a pesar de la raza. Piel seca, áspera y gruesa, descamada en miembros superiores e inferiores. Mucosas hipocoloreadas. Infiltración dura y no dolorosa del tejido celular subcutáneo en cara, manos y miembros inferiores que no deja godet. (Figura 1). Peso 76 Kg. IMC 28.



Figura 1. Facie mixedematosa. Mixedema en piernas, piel gruesa descamada.

Ap. Respiratorio: Murmullo vesicular disminuido globalmente, no se precisan estertores, FR 23 x min. Ap. Cardiovascular. Ruidos cardiacos de muy baja intensidad, no soplos ni roces, FC 86 x min. TA 100/70. Ingurgitación yugular ligera. Abdomen: Globulosa, blando, hepatomegalia lisa y dolorosa de 2 cms con reflujo yugular a la presión. Nervioso. Enlentecimiento del lenguaje y del curso del pensamiento. Reflejos osteotendinosos disminuidos.

Complementarios de valor: Hb: 83 gr /l, Hto: 026 vol%, Leucograma: 4,1 x 10⁹/l
VSG: 54 mm x hora, VCM: 102 CHCM: 265. Colesterol: 7,65 mmol/l, TGP: 147 UI,
TGO: 117 UI,

TSH: 5,7 mU /l.y T4 38 nmol/l. Glicemia: 3,2 mmol/l

Electrocardiograma. Ritmo sinusal, QT prolongado. Bajo voltaje.

Radiografía del Tórax PA: Gran cardiomegalia global que recuerda la imagen de copa invertida de las pericarditis con derrame. (Figura 2).



Figura 2. Radiología del tórax al ingreso.

Ecocardiograma: Conclusiones: VI dilatado y AI en límite máximo. Hipocinesia global marcada con función sistólica global del VI disminuida. FeVI. 25,2 %. Patrón de flujo trasmitral de tipo restrictivo. Derrame pericardico que se extiende por la pared posterior aproximadamente de 18 mms (moderado). Aparatos valvulares sin alteraciones. Se corresponde con Cardiomiopatía hipotiroidea con derrame pericárdico moderado sin signos de taponamiento en estos momentos.

Conducta: Se determinó comenzar tratamiento con levotiroxina sódica a dosis progresivas comenzando con 0,050 mg. hasta llegar a 0,2 mg. y al cabo de 3 semanas el cambio en la paciente fue extraordinario, desaparecieron las manifestaciones de insuficiencia cardiaca, la adinamia desapareció, el lenguaje mejoró, mejoría radiológica evidente (Figura 3) y en ecocardiograma evolutivo. Además diurético, suplementos vitamínicos sobre todo Vitamina B 12 y Ácido Fólico diarios. ¹⁰⁻¹² Actualmente de alta (6-1-2011) con tratamiento y seguimiento ambulatorio.



Figura 3. Radiología del tórax 3 semanas después.

DISCUSIÓN

Se plantea hipotiroidismo posttiroidectomía con mixedema franco por abandono del tratamiento. Insuficiencia cardíaca congestiva por cardiopatía hipotiroidea o mixedematosa por infiltración miocárdica con disfunción sistólica y derrame pericardico. Se considera necesario emprender tratamiento de inmediato ya que esta es una de las complicaciones de la entidad en cuestión con alta mortalidad, si no se trata. Se estableció el diagnóstico diferencial con otras formas clínicas de hipotiroidismo del adulto y el mixedema hipofisario, con el síndrome nefrótico, anemia perniciosa, psicopatías, estado hipometabólico de Watson, mongolismo y uremia.³⁻⁹ En cuanto al pronóstico es bueno y regresan las manifestaciones con el tratamiento oportuno y adecuado, aunque sabemos en el futuro los riesgos de arteriosclerosis sobre todo coronaria en estos casos. La afectación cardíaca resultado de la descompensación aguda o subaguda del hipotiroidismo tiene varios componentes: existe la infiltración miocárdica, afectación aterosclerótica de las coronarias con sus resultados y además se le asocia derrame pericárdico con frecuencia. Todo ello ofrece un componente de dilatación con hipocinecia y un elemento restrictivo.⁷⁻¹¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mark H.Beers, MD, Trastornos endocrinos. En el Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. 11 ed. Elsevier, Madrid, 2007: On line [Descarga 20 diciembre 2010].
2. Harrison ONLINE. Enfermedades endocrinas. The McGraw-Hill Companies. Copyright 2008 [Descarga 20 diciembre 2010].
3. Pedro-Pons A y cols. Hipotiroidismo. En su Tratado de Patología y Clínica Médicas. Vol V, Barcelona: Salvat Editores S:A.; 1969, p. 968-85, vol.V.
4. Yanes Quesada M, Rodríguez Fernández L, Cruz Hernández J; Turcios Tristán S, Yanes Quesada MA. Hipotiroidismo subclínico, ni tan asintomático, ni tan inofensivo. Revista Cubana de Endocrinología. 2009; 20(2):51-57.
5. Bergoglio LM, Mestman JH. Guía de consenso para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad tiroidea. Acta Bioquím Clín Latinoam. 2006; 40(3):399-418.

6. Dattilo G, Crosca S, Tavella S, Marte F, Patanè S. Pericardial effusion asociated with subclinical hypothyroidism. *Int J Cardiol.* 2009; 17:23-4.
7. Rodondi N y colaboradores. El hipotiroidismo aumenta el riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva. *Archives of Internal Medicine* 165(21):2460-2466, Nov 2005. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=55967>
8. Elliott P, Andersson B, Arbustini E, Bilinska Z, Cecchi F, Charron P, *et al.* Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J.* 2008; 29:270-76.
9. Maron BJ, Towbin JA, Thiene G, Antzelevitch C, Corrado D, Arnett D, *et al.* Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies: an American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; and Council on Epidemiology and Prevention. *Circulation.* 2006; 113:1807-16.
10. Bijay Vaidya, Simon H S Pearce. Manejo del hipotiroidismo en adultos. *BMJ* 2008; 337:801-7. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=55380>
11. Ochs N, Auer R, Bauer DC, Nanchen D, Gussekloo J, Cornuz J, *et al.* Meta-analysis: subclinical thyroid dysfunction and the risk for coronary heart disease and mortality. *Ann Intern Med.* 2008; 148:832-45.
12. Roos A, Linn-Rasker SP, van Domburg RT, Tijssen JP, Berghout A. The starting dose of levothyroxine in primary hypothyroidism treatment: a prospective, randomized, double-blind trial. *Arch Intern Med.* 2005; 165:1714-20.

Recibido: 2 de febrero de 2011.

Aprobado: 1 de noviembre de 2011.