



Manejo perioperatório de paciente com coma mixedematoso e choque septicêmico

Neha Baduni, Sunil Kumar Sinha, Manoj K. Sanwal

Abstrato

O coma mixedematoso é uma complicação potencialmente fatal, mas incomum, do hipotireoidismo negligenciado e de longa data. Foi relatado pela primeira vez por Ord em 1879. Até o momento, apenas cerca de 200 casos foram relatados na literatura. A incidência nos países europeus é de 0,22 por milhão por ano. Não há dados epidemiológicos disponíveis no subcontinente indiano. Estamos relatando o caso de uma senhora idosa que entrou em coma mixedematoso com risco de vida, juntamente com choque septicêmico, e foi tratada com sucesso com tiroxina oral.

Palavras-chave: Inotrópicos, coma mixedematoso, elroxina parenteral, septicemia, choque, tiroxina

Acesse este artigo online

Local na rede Internet: www.ijccm.org

DOI: 10.4103/0972-5229.106510

Código de resposta rápida:



Introdução

O coma mixedematoso é uma complicação rara com risco de vida do hipotireoidismo negligenciado e de longa data. Até o momento, apenas cerca de 200 casos foram relatados. Estamos relatando o caso de uma senhora idosa com coma mixedematoso e choque septicêmico com risco de vida que foi tratada com sucesso com tiroxina oral.

Relato de caso

Mulher de 61 anos, caso conhecido de hipotireoidismo há 20 anos, deu entrada na urgência cirúrgica com queixas de dor e distensão abdominal há 3 dias. Ela não tinha relatórios recentes de teste de função tireoidiana (TFT).

Ao exame, ela estava sonolenta, mas desperta. Sua frequência de pulso (FP) era de 68/min., pressão arterial (PA) de 140/86 mmHg, temperatura de 36,5°C, frequência respiratória (FR) de 10/min. Suas investigações foram Hb -8,8 gm%, contagem total de leucócitos -12.400/mm³, soro

N / D+112 meq/l (faixa normal 135-145 meq/l), K sérico+ -2,2 meq/l (faixa normal 3,5-5,5 meq/l). Os testes de função hepática, testes de função renal e radiografia de tórax foram normais e o ECG mostrou complexos de baixa voltagem. Uma amostra para TFT foi enviada imediatamente. A ultrassonografia abdominal revelou uma massa na fossa ilíaca direita sugerindo nódulo apendicular junto com íleo paralítico. Iniciou manejo conservador juntamente com correção de eletrólitos e reaquecimento ativo. Enquanto isso, seu TFT mostrou hipotireoidismo grave com T3 sendo 62 ng/dL (faixa normal 100-180 ng/dL), T4-2,2 µg/dL (faixa normal 4-12 µg/dL) e TSH-18 µU/ml (faixa normal 0,5-6 µU/ml). Sua dose de eltroxina foi elevada para 100 µg/dia.

A distensão abdominal aumentou nas 48 horas seguintes e uma tomografia computadorizada do abdome com contraste revelou perfuração intestinal. Ela foi imediatamente levada para laparotomia. No pré-operatório, o paciente ainda estava sonolento, mas hemodinamicamente estável.

A anestesia geral foi induzida por meio de indução em sequência rápida. Imediatamente após a indução, apresentou hipotensão sistólica (85 mmHg), tratada com cristaloides rápidos. Houve uma queda adicional na pressão arterial após a abertura do abdômen durante a cirurgia, necessitando de infusão de dopamina juntamente com infusão de noradrenalina. Descobriu-se que todo o seu cólon estava gangrenoso e

De:

Departamento de Anestesiologia e Terapia Intensiva, Lady Hardinge Medical College and Association Hospitals, Departamento de Anestesiologia e Terapia Intensiva, GB Pant Hospital, Nova Delhi, Índia

Correspondência:

Neha Baduni, GH 12/183, Paschim Vihar, Nova Delhi, Índia. E-mail: baduni.neha@gmail.com

Foi realizada hemicolectomia direita estendida. Foram administrados esteróides intravenosos. A cirurgia durou 2 horas e ela foi transferida para a UTI para ventilação eletiva

Ao ser internado na UTI, o paciente encontrava-se hipotérmico (temperatura 34,6°C) e hipotenso (PA sistólica-68 mmHg). O reaquecimento foi iniciado com líquidos mornos, lavagem vesical com soro fisiológico morno e cobertor elétrico. Três litros de solução de Ringer com lactato foram administrados por via intravenosa. A infusão de adrenalina foi adicionada. Isso conseguiu manter a pressão arterial sistólica em torno de 85 mmHg. Infelizmente, a tiroxina parental não estava disponível, então decidimos administrar um comprimido de eltroxina (500 µg) uma vez ao dia através do tubo de Ryle. Isto, juntamente com uma cobertura agressiva de antibióticos, suplementação de esteróides e suporte inotrópico, melhorou gradualmente a sua pressão arterial durante as 24 horas seguintes. Seu TFT também mostrou melhora acentuada após 3 dias. Sua eltroxina foi titulada para 150 µg duas vezes ao dia.

Nos dois dias seguintes, seu suporte inotrópico foi gradualmente reduzido e interrompido. A dose de eltroxina também foi reduzida para 100 µg duas vezes ao dia. Finalmente, no 5º dia de pós-operatório, ela foi extubada e transferida para a enfermaria de pós-operatório.

Discussão

O coma mixedematoso é uma complicação extrema do hipotireoidismo, na qual os pacientes apresentam anormalidades em múltiplos órgãos e deterioração mental progressiva. Ocorre quase exclusivamente na faixa etária de 60 anos ou mais, com preponderância de 80% no sexo feminino, como observado em nosso paciente.^[1,2]

Mais de 80% dos casos de coma mixedematoso ocorrem no inverno, provavelmente devido à perda da capacidade de sentir a temperatura relacionada à idade e à menor produção secundária ao hipotireoidismo.^[1] Outros eventos que podem precipitar incluem infecções, acidentes cardiovasculares, insuficiência cardíaca congestiva e certos medicamentos.^[3,4] Presumimos que em nosso paciente os fatores precipitantes incluíram inverno, septicemia e estresse cirúrgico e anestésico.

O coma mixedematoso causa diminuição drástica da taxa metabólica, hipoventilação, hipotensão, hipotermia, diminuição do estado mental progredindo para coma e diminuição do débito cardíaco.^[5]

Um equívoco comum é que um paciente deve estar em coma para ser diagnosticado com coma mixedematoso. No entanto, a maioria dos pacientes não apresenta edema nem coma. Em vez disso, a manifestação principal é uma deterioração do estado mental do paciente.^[6,7]

Diz-se que pacientes com hipotireoidismo de longa data apresentam hipopituitarismo associado.^[3] Houve relatos de coma mixedematoso com crise adrenal coexistente.^[8,9] Aconselha-se a determinação pré-operatória do nível de cortisol juntamente com a suplementação perioperatória de esteróides. Embora não tenhamos conseguido determinar o nível de cortisol, a suplementação empírica de esteróides ajudou na recuperação de nosso paciente.

A mortalidade no coma mixedematoso não tratado ou não reconhecido chega a quase 100%. Mesmo com terapia ideal, foi relatada uma taxa de mortalidade de até 30-60%.^[10,11] Dutta e outros. fizeram um estudo para determinar os vários preditores de desfecho no coma mixedematoso e concluíram que vários fatores associados ao aumento da mortalidade incluíam bradicardia, necessidade de ventilação mecânica, hipotermia, sepse, hipotensão e ingestão de medicamentos sedativos.^[12] Em nosso paciente, a maioria desses fatores estava presente, mas foram tratados de forma agressiva e criteriosa. Na literatura, a suplementação intravenosa de hormônio tireoidiano tem sido aconselhada para o tratamento do coma mixedematoso, mas como não estava disponível, a suplementação precoce de uma dose mais elevada (500 µg/dia) de tiroxina oral foi iniciada através do tubo de Ryle. A suspeita e o tratamento empírico da supressão adrenocortical impediram uma maior deterioração do nosso paciente. A boa evolução de nossa paciente, apesar do hipotireoidismo grave e do choque septicêmico com gangrena, ocorreu muito provavelmente devido ao fato de ela já estar recebendo eltroxina, embora em dose subótima e à nossa terapia inotrópica agressiva, gerenciamento de fluidos e múltiplos antibióticos.

Concluindo, a combinação de coma mixedematoso e sepse em um paciente pode ser letal. A instituição precoce da suplementação de tiroxina, mesmo por via oral, juntamente com suporte inotrópico e suplementação de esteróides, pode melhorar o prognóstico.

Referências

1. Bai les BK. Hipotireoidismo em pacientes idosos. AORN J 1999;69:1026-30.
2. David PJ, Davis FB. Hipotireoidismo em idosos. Compr Ther 1984;10:17-23.
3. Parede CR. Coma mixedema: diagnóstico e tratamento. Am Fam Médico 2000;62:2485-90.
4. Santiago R, Rashkin MC. Toxicidade do lítio e coma mixoedema em uma mulher idosa. J Emerg Med 1990;8:63-6.
5. Wartofsky L. Coma mixedema. Endocrinol Metab Clin North Am 2006;35:687-98,vii-viii.
6. Jordânia RM. Coma mixedematoso: fisiopatologia, terapia e fatores que afetam o prognóstico. Med Clin North Am 1995;79:185-94.
7. Nicoloff JT, LoPresti JS. Coma mixedematoso. Uma forma de hipotireoidismo descompensado. Endocrinol Metab Clin North Am 1993;22:279-90.
8. Kasperlik-Zaluska AA, Czarnocka B, Czech W, Walecki J, Makowska AM, Brzeźniński J, e outros. Insuficiência adrenal secundária associada a doenças autoimunes: relato de vinte e cinco casos. Clin Endocrinol

- (Oxf) 1998;49:779-83.
9. Roosens B, Maes E, Van Steirteghem A, Vanhaelst L. Hipotireoidismo primário associado à insuficiência adrenocortical secundária. *J Endocrinol Invest* 1982;5:251-4.
10. Werner SC, Ingbar SH, Braverman LE, Utiger RD. Werner e Ingbars. *A tireóide: um texto fundamental e clínico*. 8ª Ed. Filadélfia: Lipincott Williams e Wilkins; 2000.
11. Arlot S, Debussche X, Lalau JD, Mesmacque A, Tolani M, Quichard J, e outros. Coma mixodema: Resposta dos hormônios tireoidianos ao tratamento oral e intravenoso com altas doses de L-tiroxina. *Terapia Intensiva Med* 1991;17:16-8.
12. Dutta P, Bhansali A, Masoodi SR, Bhadada S, Sharma N, Rajput R. Preditores de resultado em coma mixedematoso: Um estudo de um centro de cuidados terciários. *Cuidado Crítico* 2008;12:R1.

Como citar este artigo:Baduni N, Sinha SK, Sanwal MK. Manejo perioperatório de paciente com coma mixedematoso e choque septicêmico. *Indian J Crit Care Med* 2012;16:228-30.

Fonte de Apoio:Nada,**Conflito de interesses:**Nenhum declarado.

Anúncio

Aplicativo Android



Download
**Android
application**

FREE

Um aplicativo gratuito para navegar e pesquisar o conteúdo da revista já está disponível para celulares e dispositivos Android. O aplicativo fornece um "Índice" das edições mais recentes, que são armazenadas no dispositivo para futura navegação offline. É necessária conexão com a Internet para acessar as edições anteriores e o recurso de pesquisa. O aplicativo é compatível com todas as versões do Android. O aplicativo pode ser baixado em <https://market.android.com/details?id=comm.app.medknow>. Para sugestões e comentários, escreva para nós.

Os direitos autorais do Indian Journal of Critical Care Medicine são propriedade da Medknow Publications & Media Unip. Ltd. e seu conteúdo não podem ser copiados ou enviados por e-mail para vários sites ou postados em uma lista sem a permissão expressa por escrito do detentor dos direitos autorais. No entanto, os usuários podem imprimir, baixar ou enviar artigos por e-mail para uso individual.