

Coma Mixedematoso: Relato de Caso

Carolina Medeiros Vieira¹, Caroline Dalva Magalhães Medeiros², Leide Daiana Silveira Cardoso³, Matheus Ferreira Gomes⁴, Samir Almeida Prates⁵

Fundamentação teórica/Introdução: O coma mixedematoso (CM) é uma complicação rara e potencialmente fatal do hipotireoidismo grave. É marcado por letargia, hipotermia, bradicardia, hipotensão, alterações mentais e pode evoluir para coma se não for reconhecido e tratado. **Objetivos:** Destacar a importância do diagnóstico precoce, enfatizando a necessidade de intervenção médica urgente. **Delineamento/métodos:** Estudo do tipo relato de caso. Obtidas informações por meio de análise do prontuário, entrevista com o paciente, registro de exames e revisão de literatura. **Resultados:** Sexo feminino, 58 anos, admitida devido a prostração e dispnéia iniciado há 15 dias. Hipertensa, diabética e chagásica. Faz uso de: Losartana, Hidroclorotiazida, Metformina e Sinvastatina. Ao exame: Glasgow 14 (confusa), desidratada, tempo de enchimento capilar de 4 segundos. Ritmo cardíaco regular em dois tempos, 50 batimentos por minuto, pressão arterial de 90/60mmHg. Murmúrio vesicular reduzido e presença de estertores finos em bases, saturação de 84% em ar ambiente, 20 incursões respiratórias por minuto. Laboratório: Hormônio Tireoestimulante (TSH) 73,38 microUI/mL, Tiroxina Livre (T4L) 0,10 ng/dL, cortisol basal 18.7 mcg/dL (5,3 a 22,5 mcg/dL). Tomografia de tórax: consolidações em bases. Diagnóstico: CM. Tratamento: Infusão de fluidos intravenosos (IV), iniciado Levotiroxina 200mcg/dia oral e antibioticoterapia (ATB) empírica com Ceftriaxona e Clindamicina. Evolução: A paciente foi encaminhada para terapia intensiva, intubada e mantida em ventilação mecânica (VM). Fez uso de ATB de amplo espectro (Meropenem e Vancomicina) para pneumonia associada à VM. Foi traqueostomizada (TQT). Durante a internação, mantido Levotiroxina 200mcg/dia. Após 4 meses, feita decanulação da TQT, manteve-se estável e recebeu alta com TSH de 6,08 e T4L de 1,01. Discussão: O quadro clínico é típico do CM. Níveis de TSH elevado e T4L reduzido confirmam o diagnóstico. O cortisol basal normal sugere insuficiência tireoidiana primária isolada. Feito medidas de suporte clínico e reposição hormonal com Levotiroxina oral (Tiroxina IV indisponível no serviço). Tratado infecção pulmonar (provável fator perturbador da homeostase e precipitante do CM). Teve alta com melhora clínica e níveis normais de hormônios tireoidianos. **Conclusões/Considerações finais:** O estudo ressalta a importância da conscientização sobre o CM para que seja possível um diagnóstico precoce e melhor prognóstico dos pacientes afetados.

Descritores: coma mixedematoso, manifestações, diagnóstico, tratamento.

2 Médica. Residente em Clínica Médica no Hospital Regional Antônio Dias. Patos de Minas, Brasil. E-mail: cdalvamed@gmail.com

3 Médica. Residente em Clínica Médica na Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Montes Claros. Montes Claros, Brasil. E-mail: leidedaiana71@gmail.com

4 Médico. Residente em Clínica Médica na Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Montes Claros. Montes Claros, Brasil. E-mail: mattgomes120@yahoo.com.br

5 Médico. Residente em Clínica Médica no Hospital Universitário Clemente Faria (UNIMONTES). Montes Claros, Brasil. E-mail: samirprates23@gmail.com

Autor correspondente: Matheus Ferreira Gomes. Irmã Beata, 461, Centro. Montes Claros (MG), Brasil. CEP: 39400-110. E-mail: mattgomes120@yahoo.com.br