

HIPOTIROIDISMO DEL ADULTO.

GUIA DE MANEJO EN NIVEL PRIMARIO Y SECUNDARIO.

(revisada en Julio 2010)

1.- DEFINICIÓN.

El hipotiroidismo es consecuencia de la disminución de secreción de hormona tiroidea por la glándula tiroides. La función tiroidea puede ser alterada por enfermedades de la glándula misma o por su ausencia (tiroidectomía, agenesia congénita) o destrucción (con radioyodo, por ejemplo), y en estos casos se habla de hipotiroidismo primario. También puede disminuir la secreción de hormona tiroidea por estímulo hipofisiario insuficiente (disminución de TSH) y en este caso se habla de hipotiroidismo secundario, que es muy poco frecuente. La causa más común de hipotiroidismo primario es la enfermedad tiroidea autoinmune crónica (tiroiditis crónica, tiroiditis de Hashimoto).

El cuadro clínico es variable y depende de la duración e intensidad del déficit de hormona tiroidea, de la rapidez con que se instala el hipotiroidismo y de características psicológicas del paciente. Hay graduación en la intensidad del déficit hormonal, que va desde un grado muy leve o subclínico, en que no se encuentran manifestaciones clínicas de la enfermedad, hasta severo, con manifestaciones clínicas evidentes (mixedema) que pueden llegar incluso a poner en grave riesgo la vida del paciente (coma mixedematoso).

El hipotiroidismo subclínico es muy frecuente (prevalencia estimada en población general: 75 por 1000 en mujeres y 28 por 1000 en hombres) y se manifiesta por TSH elevada (generalmente $< 10 \mu\text{UI/ml}$) con niveles de T4 (o T4 libre) y T3 normales. El hipotiroidismo franco o clínico también es frecuente, mucho más en mujeres (prevalencia 18 por 1000) que en hombres (prevalencia 1 por 1000), y se diagnostica con niveles elevados de TSH ($>10\mu\text{UI/ml}$) y disminuidos de T4 (o T4 libre) en sangre.

2.- SOSPECHA DE HIPOTIROIDISMO.

Cuando se desea pesquisar hipotiroidismo (por un cuadro clínico sugerente o por alguna condición de mayor riesgo de hipotiroidismo), hay que pedir sólo TSH, que basta para hacer el diagnóstico de hipotiroidismo primario.

Pesquisa de hipotiroidismo: condiciones que se asocian a mayor frecuencia de hipotiroidismo. Es necesario pesquisar hipotiroidismo en pacientes que han tenido hipertiroidismo, han sido operados de tiroides o han recibido radioyodo, en pacientes que han recibido radioterapia en cráneo o cuello, en pacientes que toman amiodarona o litio, en mujeres con diabetes mellitus tipo I en el embarazo, en mujeres con antecedente de disfunción tiroidea en período post parto, en mujeres sobre 40 años con molestias inespecíficas, en pacientes con depresión refractaria o con enfermedad bipolar, en pacientes con infertilidad inexplicada, en pacientes con síndrome de Down o con síndrome de Turner o con enfermedad de Addison.

Es recomendable evaluar función tiroidea precozmente en el embarazo, sobre todo si la paciente tiene antecedentes personales de enfermedad tiroidea o antecedentes familiares de enfermedad tiroidea autoinmune (hipo o hipertiroidismo).

No hay que evaluar función tiroidea en pacientes con enfermedades agudas, sobre todo si están graves, si no hay motivos clínicos importantes para sospechar enfermedades tiroideas que pudieran estar influyendo en su evolución o pronóstico. Es recomendable esperar que los pacientes se hayan recuperado para hacerlo.

Estrategia.

Si TSH >10 μ UI/ml iniciar tratamiento con levotiroxina y evaluar respuesta con TSH a las 6 – 8 semanas.

Si TSH inicial está entre 4,5 y 10 μ UI/ml, repetir el examen de TSH no antes de 4 semanas después

Si el segundo TSH nuevamente resulta > 4,5 μ UI/ml evaluar necesidad de tratamiento o sólo control periódico (Tabla 1). Si se decide iniciar tratamiento, indicar levotiroxina $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ tableta diaria.

Si el segundo TSH es < 4,5 μ UI/ml, sólo controlar con TSH en un año.

Tabla 1. Factores que favorecen la decisión de tratar el hipotiroidismo subclínico (TSH entre 4,5 y 10).

- Embarazo o intención de embarazo
- Bocio
- Ensayo terapéutico por síntomas posibles de hipotiroidismo
- Deseo del paciente
- Niños, adolescentes o adultos jóvenes
- 2 niveles de TSH > 8 μ UI/ml (con al menos 1 mes de diferencia entre ellos)
- Enfermedad bipolar, depresión
- Infertilidad
- Presencia de anticuerpos antitiroideos
- Aumento progresivo de TSH
- Disfunción ovárica
- ¿Dislipidemia?

(Tomado de Fatourechi V, Mayo Clin Proc 2009; 84:65)

3.- TRATAMIENTO.

Levotiroxina (l-Tiroxina), tabletas de 100 mcg.

Si TSH >20 μ UI/ml iniciar tratamiento con 100 mcg al día o 1,8 mcg/kg peso. Si TSH entre 10 y 20 μ UI/ml iniciar con 50 mcg al día. En pacientes coronarios o mayores de 60 años puede ser necesario iniciar con dosis menores. Si TSH inicial es < 10 μ UI/ml empezar con 25 – 50 mcg al día de levotiroxina.

Recomendable tomarla en la mañana en ayunas o en la noche al acostarse.

Los siguientes medicamentos pueden interferir con la absorción intestinal de la levotiroxina y deben tomarse con no menos de 2 a 4 horas de diferencia:

- Sucralfato

- Hidróxido de Aluminio
- Carbonato de Calcio
- Hierro
- Colestiramina

No se justifica agregar triyodotironina (liotironina) al tratamiento.

Después de iniciado el tratamiento evaluar TSH a las 6 – 8 semanas. La meta es lograr un nivel de TSH entre 0,5 y 4,5 $\mu\text{UI/ml}$.

4.- CONTROL DEL HIPOTIROIDISMO Y CRITERIOS DE REFERENCIA A ENDOCRINOLOGÍA.

Una vez hecho el diagnóstico y establecido el tratamiento, las siguientes pautas servirán para guiar el manejo que se haga de enfermos con HIPOTIROIDISMO.

1. A los 6 meses de tratamiento con levotiroxina, hacer determinación de TSH.
 - 1.a. **Si TSH entre 0,5 y 4,5 $\mu\text{UI/ml}$** : mantener tratamiento igual y pedir TSH de control cada 1 o 2 años. No se justifica evaluar con mayor frecuencia dado que se trata de una enfermedad estable en el tiempo. En general, tampoco es necesario evaluar en caso de enfermedades intercurrentes, si no ha habido interrupción o modificación del tratamiento.
 - 1.b. **Si TSH < 0,5**: reducir dosis de levotiroxina en 25 mcg (1/4 tableta) y evaluar TSH en 2 meses. Si sigue < 0,5 derivar a Endocrinología.
 - 1.c. **Si TSH >10**: evaluar adherencia al tratamiento. Si es buena, subir dosis de levotiroxina en 25 mcg (1/4 tableta) y evaluar TSH en 2 meses. Si sigue TSH >10 derivar a Endocrinología. Si no tiene buena adherencia al tratamiento o éste ha sido irregular, reeducar y tomar una nueva muestra para TSH 2 meses después.
 - 1.d. **Si TSH entre 4,5 y 10**: evaluar adherencia al tratamiento y mantenerlo igual. A los 4 meses pedir TSH y según su resultado proceder conforme a los criterios anteriores. Si persiste entre 4,5 y 10 $\mu\text{UI/ml}$, subir dosis en ¼ tableta.

En pacientes >60 años y/o cardiopatas puede ser prudente mantener TSH entre 4,5 y 6 $\mu\text{UI/ml}$.
2. Toda paciente hipotiroidea embarazada **debería ser derivada** a Endocrinología, **manteniendo su tratamiento**. **Pedir TSH lo más precozmente durante el embarazo y derivar a Endocrinología con el resultado**. Mientras se tramita la hora, si TSH es normal mantener tratamiento igual y si es > 4 $\mu\text{UI/ml}$ subir dosis de levotiroxina en ¼ de tableta. En la interconsulta consignar en forma destacada la condición de embarazo, para darle atención prioritaria.
3. **No es adecuado** pedir exámenes como T3, ecotomografía tiroidea u otros estudios de imágenes, salvo cuando el especialista lo determine. Estos exámenes no son de utilidad ni para el diagnóstico ni para el manejo del hipotiroidismo. La mayoría de las veces tampoco hay que pedir T4 o T4 libre. Se justifica pedir T4 si TSH resulta normal o

levemente elevada y se sospecha hipotiroidismo hipofisiario o hipopituitarismo (antecedente de cirugía hipofisiaria, por ejemplo). En este caso, derivar a Endocrinología.

4. Educación al paciente. Explicarle que se trata de una enfermedad crónica y que necesitará tratamiento por toda la vida. Hay que recalcar la importancia de seguir el tratamiento en forma regular, tomando el remedio todos los días, ojala en ayunas, sin dejar nunca de tomarlo.
5. Si el paciente suspendió el tratamiento, no tiene sentido pedir TSH. Hay que reiniciar la levotiroxina en la misma dosis anterior y evaluar con TSH tras 6 – 8 semanas de tratamiento continuo.

6. Criterios de referencia a Endocrinología:

- Embarazo
- Nódulo tiroideo palpable o > 1 cm
- TSH $< 0,5$ μ UI/ml persistente después de 2 meses de reducir dosis de levotiroxina
- TSH > 10 μ UI/ml a pesar de buena adherencia a tratamiento y de aumentos de dosis de levotiroxina
- Sospecha de hipotiroidismo secundario (hipofisiario, hipopituitarismo)

**EQUIPO DE ENDOCRINOLOGIA
HOSP. DR. SOTERO DEL RIO.**