



Protocolo diagnóstico de la obesidad de origen endocrinológico

I.A. Rodríguez-Gómez^{*,a}, I. Bernabeu^b, C. Guillín^b y F.F. Casanueva^{b,c}

^aUnidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital HM Modelo. La Coruña. España. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. La Coruña. España. ^cCIBER de Fisiopatología, Obesidad y Nutrición (CIBERObn). Instituto Salud Carlos III. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Palabras Clave:

- Obesidad endocrinológica
- Síndrome ovario poliquístico
- Síndrome de Cushing
- Hipotiroidismo

Keywords:

- Endocrine obesity
- Polycystic ovary syndrome
- Cushing's syndrome
- Hypothyroidism

Resumen

Introducción. La obesidad es una enfermedad crónica presente en un 15% de la población. La causa endocrinológica es infrecuente, pero debe descartarse.

Etiología. Las endocrinopatías asociadas con obesidad son: el hipotiroidismo, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y el síndrome de Cushing (SC) principalmente. Todos ellos presentan signos y síntomas típicos (pero no patognomónicos), por lo que se debe realizar una adecuada anamnesis y exploración física.

Diagnóstico. El hipotiroidismo primario cursa con niveles elevados de TSH con T4L normal/disminuido, y anticuerpos antiperoxidasa/antitiroglobulina elevados en el autoinmune. El hipotiroidismo de causa central cursa con T4L baja con TSH baja/normal/ligeramente elevada. Para detección del SC suelen realizarse dos determinaciones de cortisol libre urinario en orina de 24 horas o bien la prueba de Nugent. Si sospechamos de un hiperkortisolismo de origen exógeno se confirma con la supresión de cortisol y ACTH (8:00). Para el diagnóstico del SOP se realizará: medición de andrógenos séricos, gonadotropinas, estradiol, prolactina en fase folicular; ecografía ovárica y calendario menstrual.

Abstract

Diagnosis of obesity of endocrinological origin

Introduction. Obesity is a chronic disease present in the 15% of the population. An endocrinological cause is rare, but it should be ruled out.

Etiology. The endocrine diseases associated with obesity are mainly hypothyroidism, polycystic ovary syndrome (PCOS) and Cushing's syndrome (CS). All of them have typical signs and symptoms (but not pathognomonic), so it is necessary to proceed with a complete anamnesis and a detailed physical examination.

Diagnosis. Primary hypothyroidism occurs with elevated levels of TSH and normal/decreased levels of FT4, and also with elevated antiperoxidase/antithyroglobulin antibodies in autoimmune hypothyroidism. Central hypothyroidism has low FT4 and low / normal / slightly elevated TSH. There are necessary two determinations of urinary free cortisol (24h urine test) or a positive Nugent test in the CS screening. The suppression of cortisol and ACTH (8am) confirms the presence of exogenous hypercortisolism. For the diagnosis of PCOS it is indicated to perform a measurement of serum androgens, gonadotropins, estradiol, prolactin in follicular phase; an ovarian ultrasound and a menstrual calendar.

*Correspondencia

Correo electrónico: iarodrigueza@hmospiales.com

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica de prevalencia creciente, que afecta en España al 15% de la población, siendo más frecuente en mujeres. Se asocia a un incremento significativo de ciertas enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2 o la patología cardiovascular; a un deterioro de la calidad de vida y a un incremento significativo de la morbimortalidad y del gasto sanitario. Es una enfermedad de etiopatogenia compleja y no totalmente conocida. El tratamiento requiere cambios en los hábitos dietéticos y de actividad física y los resultados con frecuencia son escasos para las expectativas del paciente y/o difíciles de mantener en el tiempo. Todas estas características hacen que con frecuencia el propio paciente solicite un estudio para descartar la existencia de alteraciones hormonales que de algún modo puedan promover o causar su obesidad y consecuentemente que puedan ser tratadas con mayor eficacia.

Aunque la obesidad secundaria a trastornos hormonales es poco frecuente, esta posibilidad siempre debe descartarse. La obesidad secundaria suele ser moderada y con frecuencia se acompaña de múltiples síntomas a veces más preocupantes para el paciente que la propia ganancia de peso.

Entre las endocrinopatías que pueden cursar con ganancia de peso u obesidad se encuentran el hipotiroidismo, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y el síndrome de Cushing. Otros trastornos hormonales menos frecuentes que pueden asociarse a ganancia de peso son algunas enfermedades hipotálamo hipofisarias que cursan con pérdida de función hipofisaria (déficit de hormona de crecimiento); el síndrome hipotálámico; los insulinomas y los cuadros de hipogonadismo en ambos sexos. Adicionalmente, algunas causas genéticas excepcionales de obesidad (como el síndrome de Prader Willi o el síndrome de Laurence-Moon-Biedt) pueden asociar diversos tipos de manifestaciones endocrinológicas.

La historia clínica y la exploración física permiten habitualmente descartar muchos de estos cuadros clínicos, ya que su expresividad clínica es muy florida y en ellos la obesidad casi nunca es el único síntoma presente. No obstante, no existe ningún signo patognomónico que nos permita identificar una obesidad como primaria o como secundaria a otra patología hormonal, por lo que en algunos casos es necesario realizar estudios hormonales específicos que nos permitan descartar o confirmar la presencia de una alteración hormonal subyacente.

Hipotiroidismo

El 2% de la población tiene un hipotiroidismo franco y entre un 4 y un 10% un hipotiroidismo subclínico. Afecta, como la

obesidad, con mayor frecuencia a mujeres (entre 5 y 8 veces más que a hombres) y es en muchas ocasiones el resultado de un fenómeno de autoinmunidad tiroidea. Se detecta con mayor frecuencia en asociación con otras enfermedades autoinmunes. Otras posibles causas de hipotiroidismo son el antecedente de cirugía tiroidea, o de tratamiento con yodo radiactivo o con radioterapia cervical. Los síntomas de enfermedad tiroidea, excepto en casos de enfermedad grave, son con frecuencia inespecíficos, por lo que hay que prestar atención a los signos objetivos y hallazgos en los estudios bioquímicos generales indicados en la tabla 1.

Diagnóstico

Su diagnóstico se confirma por la presencia de niveles de TSH elevados con T4 libre normal o disminuida en el hipotiroidismo primario o por la presencia de una TSH normal o baja (o discretamente elevada para la severidad de la hipotiroxinemia), junto a una concentración de T4 libre disminuida en el hipotiroidismo central (hipofisario/hipotalámico). Los hipotiroidismos de causa autoinmune presentarán niveles elevados de anticuerpos antiperoxidasa (AC-TPO) y/o antitiroglobulina.

Remitir al especialista

Es aconsejable remitir al endocrinólogo a aquellos pacientes con: a) hipotiroidismos con presencia de nódulos tiroideos o bocio; b) hipotiroidismo grave; c) al paciente con sospecha de hipotiroidismo central; d) mujeres hipotiroideas con deseo gestacional o gestantes con TSH mayor de 2,5; e) niños y adolescentes con hipotiroidismo clínico o subclínico y f) todos aquellos casos en los que existan dudas en el diagnóstico o dificultad en el ajuste de la dosis de levotiroxina. No suele ser preciso remitir al especialista los hipotiroidismos subclínicos (TSH elevada pero inferior a 10 UI/l con T4 libre normal) del adulto.

Síndrome de Cushing en el adulto

Es un conjunto de signos y síntomas producidos por niveles elevados de glucocorticoides. Su sospecha y diagnóstico puede ser complicado, ya que no siempre se encuentran los signos y síntomas más específicos, pudiendo pasar desapercibido.

El hipercortisolismo exógeno o yatrogénico es producido por esteroides administrados de forma crónica por cualquier vía (oral, parenteral, intramuscular o tópica). Aunque

TABLA 1

Síntomas, signos y hallazgos bioquímicos que deben llevar a sospechar la presencia de un hipotiroidismo

Síntomas	Signos	Analítica
Todos ellos de instauración lenta y progresiva: astenia, letargia, apatía, somnolencia, intolerancia al frío, caída de cabello y debilidad ungueal, ganancia de peso y disminución de apetito, estreñimiento, irregularidad menstrual, comienzo lento y progresivo	Bocio, pelo seco y quebradizo, alopecia, palidez y piel seca, mixedema, macroglosia y voz ronca, bradipsiquia, bradicardia, derrame pleural y pericárdico, insuficiencia cardíaca	Elevación de colesterol total, CPK, LDH y GOT Anemia normo/macrocítica e hiponatremia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808713>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808713>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)