

Hipotiroidismo del adulto

M. Ladsous, J.-L. Wémeau

La hipofunción tiroidea determina una ralentización de las actividades tisulares, expone a hipercolesterolemia y ateromatosis. El hipotiroidismo se confirma biológicamente mediante una disminución de la tiroxina (T₄) y un aumento de la tirotrópina (TSH). La autoinmunidad representa la causa más frecuente. La hormonoterapia sustitutiva asegura su perfecta corrección, al precio de reglas de prescripción y de vigilancia que conviene conocer bien.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Hipotiroidismo; TSH; Mixedema; Anticuerpos antitiroideos; Hipercolesterolemia

Plan

■ Introducción	1
■ Cuándo buscar un hipotiroidismo	1
Ante signos clínicos sugestivos	1
Ante signos biológicos sugestivos	3
Ante una situación de riesgo	3
■ Cómo confirmar el diagnóstico de hipotiroidismo	3
■ Qué estudio etiológico hay que realizar ante un hipotiroidismo	3
■ Cuáles son las causas de hipotiroidismo	4
Hipotiroidismo primitivamente tiroideo	4
Hipotiroidismo de origen central (déficit tirótopo)	5
Estados de resistencia a la tirotrópina	6
■ Cuáles son los riesgos del hipotiroidismo	6
Complicaciones cardiovasculares	6
Coma mixedematoso	6
■ Cómo manejar el tratamiento del hipotiroidismo	6
Medios terapéuticos	6
Indicaciones	6
Adaptación de la posología	6
Vigilancia del tratamiento	7
Caso particular del hipotiroidismo de origen medicamentoso	7
■ Conclusión	7

■ Introducción

El hipotiroidismo constituye la alteración de la glándula tiroidea más frecuente en el adulto. Su prevalencia aumenta con la edad, se evalúa entre el 4-8%, con un claro predominio femenino (relación por sexos = 1:10). La confirmación del diagnóstico es fácil gracias a la disponibilidad y la sensibilidad de la determinación de tirotrópina (TSH), a menudo realizada en un estadio precoz de la enfermedad, antes de la aparición de síntomas clínicos. Las etiologías más frecuentes de hipotiroidismo adquirido son de origen autoinmunitario. El tratamiento es sintomático, muy eficaz y simple de realizar, siempre que se respeten algunas reglas de prescripción.

■ Cuándo buscar un hipotiroidismo

Ante signos clínicos sugestivos

Forma típica

El cortejo de signos clínicos clásicos de hipotiroidismo raramente se observa en la actualidad, debido a la precocidad del diagnóstico aportado por la amplia realización de rutina de determinaciones de TSH. Las consecuencias del hipotiroidismo pueden clasificarse en dos categorías de síntomas: el síndrome de hipometabolismo y la infiltración mixedematosa.

El síndrome de hipometabolismo es la consecuencia de la reducción del consumo energético debido a la menor disponibilidad de hormonas tiroideas. Se caracteriza por signos sistémicos: astenia, a la vez física y psíquica, con ralentización ideomotora, frío, bradicardia y aumento de peso discreto en contraste con una reducción del apetito. La presión arterial se modifica poco, a veces es alta por elevación de las resistencias periféricas o baja por disminución del gasto cardíaco. La ralentización del tránsito intestinal da lugar a estreñimiento.

El mixedema (Fig. 1) se debe a la infiltración de la piel y los tejidos subcutáneos por una sustancia mucoide, rica en polisacáridos ácidos. Se trata de un falso edema firme, que no deja fovea. Se afecta la cara, que se redondea, los rasgos se engruesan, los labios y los párpados se hinchan. El tronco está infiltrado, con llenado de las fosas supraclaviculares, las piernas se ensanchan en «poste», las extremidades (manos y pies) se amocillan. La piel es fría y seca, de una palidez cérea excepto en los labios y los pómulos, que suelen estar eritrocianóticos. La infiltración mucosa y muscular explica la macroglosia, la voz ronca y grave, la sordera, los ronquidos y las apneas durante el sueño. En las faneras, el cabello es seco y quebradizo, cae fácilmente, se observa una rarefacción de la pilosidad axilar, púbica y de la cola de las cejas. Las uñas son estriadas y frágiles. El mixedema explica por sí solo el aumento de peso, moderado, pues el hipotiroidismo no es causa de obesidad [1].

Formas clínicas

El hipotiroidismo subclínico es, por definición, pauci o asintomático, a veces manifestado por discretos signos sistémicos



Figura 1. Aspecto de gran mixedema.

inespecíficos. En la actualidad, se trata de la forma que se observa con mayor frecuencia.

Las formas graves o engañosas que orientan erróneamente hacia una enfermedad de órgano o de aparato corresponden al hipotiroidismo profundo y prolongado, y son mucho más raras.

Formas cardíacas

El hipotiroidismo crónico grave favorece la ateromatosis (que es secundaria a las modificaciones de las lipoproteínas), la cardiomegalia y la insuficiencia cardíaca. Sobre todo cuando se instaura la sustitución hormonal, pueden aparecer los signos de isquemia miocárdica, anteriormente silenciosos debido al hipometabolismo. La cardiomegalia se debe a la infiltración miocárdica y a la presencia de un derrame pericárdico, habitualmente escaso, que confiere un aspecto en «cor bovinum» en la radiografía de tórax. Pueden producirse derrames pleurales, peritoneales y articulares. Las manifestaciones clínicas de insuficiencia cardíaca relacionadas con la disminución del gasto cardíaco son raras, favorecidas por la bradicardia, la disminución de la fuerza contráctil miocárdica y la alteración de la función diastólica. El electrocardiograma muestra anomalías difusas: bradicardia sinusal, bajo voltaje y aplastamiento o inversión de la onda T en todas las derivaciones [1].

Formas neuromusculares y psiquiátricas

Los calambres y la disminución de la fuerza muscular pueden ocupar el primer plano, con una amiotrofia de las masas musculares que suele estar enmascarada por la infiltración mixedematosa. La afectación neurológica es responsable de una neuropatía sensitivomotora de predominio sensitivo, que se manifiesta por parestesias de las extremidades, una mayor frecuencia del síndrome del túnel carpiano (favorecido por la infiltración perinerviosa de la vaina) a menudo bilateral y una lentitud de la relajación muscular durante la búsqueda de reflejos osteotendinosos, en particular aquilianos. Se pueden observar trastornos del estado de ánimo, un estado depresivo o melancólico, un estado confusional e incluso una seudodemencia, reversibles con el tratamiento.

“ Punto importante

Hipotiroidismo subclínico

Se define por la coexistencia de una TSH elevada y concentraciones normales de tiroxina (T_4) libre (T_4L). En estas circunstancias, los datos del examen clínico no permiten la confirmación clínica de un hipotiroidismo. Es posible, pero no seguro, que los síntomas que han justificado la determinación de la TSH (astenia, calambres, frío, etc.) tengan relación con la discreta disminución de la producción hormonal. Se ha demostrado que los individuos perciben auténticamente los signos de la carencia hormonal con más de 10 mU/l.

Un aumento de la concentración de TSH debe controlarse sistemáticamente con una nueva determinación al cabo de 2 o 3 meses y debe realizarse un estudio etiológico mínimo.

La cuestión de la indicación de un tratamiento sustitutivo en esta situación es controvertida. En efecto, el tratamiento sustitutivo es particularmente simple y relativamente poco costoso. El reto es saber si el hipotiroidismo subclínico puede tener efectos perjudiciales y si la instauración de un tratamiento puede ser eficaz para mejorar o eliminar estos efectos. Se ha demostrado que el hipotiroidismo subclínico era responsable de una elevación significativa de la colesterolemia. Se han descrito modificaciones del rendimiento miocárdico, así como un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular y, particularmente, de accidente coronario. Sin embargo, por el momento, no existen grandes estudios aleatorizados que demuestren la mejora de los parámetros cardiovasculares mediante sustitución con hormonas tiroideas en estas situaciones, que es sobre todo evidente en los individuos menores de 60 años y de beneficio más dudoso más allá de los 70 años. En la mujer embarazada, el hipotiroidismo subclínico parece asociarse a un riesgo de aborto y parto prematuro; sería susceptible de alterar el desarrollo psicomotor de los niños. Hay que considerar también el riesgo de evolución de estas formas incompletas de hipotiroidismo hacia un hipotiroidismo confirmado, particularmente elevado en caso de positividad de los anticuerpos antitiroideos (con un riesgo anual del 4% según el estudio de Wickham) o de TSH superior a 10 μ UI/ml. Finalmente, no hay que pasar por alto el papel estimulante de la TSH sobre el crecimiento y la nodulogénesis tiroidea en los pacientes portadores de bocio. La Figura 2 resume las recomendaciones de tratamiento en estas circunstancias.

Formas digestivas

Una ralentización pronunciada del tránsito puede determinar manifestaciones oclusivas con íleo paralítico y megacolon, en particular en el anciano.

Formas endocrinas

La función gonadótropa se ve afectada por la carencia de hormonas tiroideas, lo cual puede dar lugar a una infertilidad tanto en el varón como en la mujer, trastornos del ciclo y de la libido, así como disfunciones eréctiles. El hipotiroidismo profundo modifica el tono dopaminérgico y produce, en la mujer joven, una hiperprolactinemia con síndrome de amenorrea-galactorrea. La hipertrofia hipofisaria resultante de la hipertrofia de los sectores tirótrofo y prolactínico no debe conducir a pensar erróneamente en un prolactinoma.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757779>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757779>

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