

### HIPOTIROIDISMO

# HIPOTIROIDISMO

**COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE**

**MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DE GRUPOS DE TRABAJO DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA**

**AUTORES: ANTONIO LUIS MARTÍNEZ LÓPEZ.**

**MÉDICO DE FAMILIA. C.S. CASCO VIEJO. VITORIA.**

**JAVIER NAFARRATE ARRETXE. MÉDICO DE FAMILIA. C.S. CASCO VIEJO. VITORIA.**

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia de hipotiroidismo primario en nuestro medio está alrededor del 2 por ciento en mujeres adultas y el 0,2 por ciento en hombres (1). Debido a las diversas manifestaciones clínicas que definen esta enfermedad, así como a la poca especificidad de esta en estadios iniciales, es complicado establecer un diagnóstico de sospecha que nos lleve a realizar las pruebas analíticas pertinentes que confirmen la presencia de la enfermedad.

El caso que a continuación exponemos pone de manifiesto que la aparición de diversos síntomas sin relación aparente puede ser la manifestación de un cuadro como el hipotiroidismo.

## CASO CLÍNICO

### Anamnesis

Mujer de 46 años, que presenta contractura cervical, en tratamiento durante 15 días con analgésicos, miorrelajantes y medidas posturales con mejoría incompleta de la sintomatología. Durante los últimos meses presenta hábito estreñido y ha sufrido un aumento de peso de 5 Kg. aunque insiste en que tiene poco apetito y le cuesta comer. Además ha presentado sangrado intermenstrual en el último mes.

En su historia destaca la presencia de 2 embarazos llevados a término sin complicaciones y una operación de apendicitis en la adolescencia. No toma ninguna medicación en la actualidad.

### Exploración

La exploración por órganos y aparatos presenta como único hallazgo significativo cierta palidez cutánea y frialdad en extremidades.

### Analítica

Se solicita analítica para descartar anemia y enfocar el diagnóstico.

Glucemia: 98 mg/dl; creatinina: 0,7mg/dl; GOT: 34; GPT: 27; Colesterol total: 326 mg/dl; HDL colesterol: 61 mg/dl ; LDL colesterol: 241 mg/dl; triglicéridos: 122mg/dl; TSH: 25; se miden cifras de T4, siendo indetectable. Posteriormente se realiza medición de anticuerpos antitiroideos con resultado positivo.

### Juicio clínico y tratamiento

Se diagnostica a la paciente de hipotiroidismo primario autoinmune y se inicia tratamiento con levotiroxina a dosis de 25 µg/día, subiendo 25 µg/cada 3 semanas hasta encontrar una normalización analítica con dosis de 75 µg/día.

Tras la instauración del tratamiento, cesan los desórdenes menstruales y vuelve a tener un hábito intestinal normal. Analíticamente, las cifras de colesterol se reducen progresivamente hasta llegar a 189 mg/dl. Ha perdido 3 Kg. de peso. La paciente continúa con cervicalgias.

### DISCUSIÓN

La principal causa de hipotiroidismo primaria en adultos en nuestro medio es de origen autoinmune, principalmente la tiroiditis de Hashimoto.

La clínica que suele caracterizar a la aparición de hipotiroidismo primario en adultos es vaga y poco objetiva, y en este caso no es una excepción, aunque datos como la palpación de bocio (en el caso de tiroiditis de Hashimoto) pueden favorecer el diagnóstico (1). En la Tabla 1 podemos ver los principales síntomas y signos asociados a hipotiroidismo por orden de frecuencia de aparición (4):

**TABLA 1. Síntomas y signos asociados a hipotiroidismo por orden de frecuencia de aparición**

Síntomas	Signos
Cansancio, debilidad	Piel seca y basta
Sequedad de piel	Extremidades frías
Sensación de frío	Cara, manos y piel hinchados (mixedema)
Caída de pelo	Alopecia difusa
Dificultad para concentrarse; mala memoria	Bradycardia
Estreñimiento	Edema periférico
Aumento de peso y escaso apetito	Retraso de la relajación de los reflejos tendinosos
Disnea	Síndrome del túnel carpiano
Voz ronca	Derrames de cavidades cavernosas
Menorragia (evoluciona a oligomenorrea o amenorrea)	
Parestesias	
Déficit auditivo	

También es posible encontrar otros signos como hipertensión arterial, principalmente diastólica, derrames pericárdicos sin repercusión funcional, encefalopatía de Hashimoto, y enfermedades autoinmunes asociadas: vitíligo, anemia perniciosa, enfermedad de Addison... Pueden aparecer también alteraciones analíticas: hipercolesterolemia, y aumento de enzimas como LDH, CPK o GOT (3).

La instauración de este cuadro se produce de forma

insidiosa y el paciente no suele ser consciente de la sintomatología hasta que se ha recuperado el estado eutiroideo (4), es por ello que la realización de una medición de TSH en pacientes con clínica sugestiva, ya sea acompañada o no de analítica con alguna de las alteraciones comentadas, sea la única forma de asegurar el diagnóstico. La realización de screening en personas con mayor riesgo de padecer enfermedad tiroidea (mujeres postparto, personas con síndrome de Down, mujeres a partir de los 40 años, ancianos...) no está apoyada por suficiente evidencia, aunque en la práctica diaria sea habitual la realización de esta prueba en cualquier analítica a mujeres de mediana edad, ya sea de rutina, ya sea ante cualquier dato que sea sugestivo de trastorno tiroideo. (5)

El tratamiento con levotiroxina es de elección en el hipotiroidismo primario, siendo la dosis diaria de aproximadamente 1,5 µg/Kg. de peso/día. Es recomendable, sobre todo en pacientes de edad avanzada, con enfermedad cardiovascular asociada o larga evolución, el inicio con dosis inferiores e ir aumentando progresivamente cada 4-6 semanas hasta conseguir la posología adecuada (1, 6) y así disminuir el riesgo de estos pacientes a desarrollar arritmias o isquemia cardiaca. En pacientes embarazadas o puerperas, con evidencia de afectación hipofisiaria, con enfermedad cardiovascular o en tratamiento con amiodarona o litio es recomendable la derivación al endocrino para control (5).

### BIBLIOGRAFÍA

- 1) Alvarez Castro P, Isidro San Juan ML, Cordero- Carballido F. Hipotiroidismo. www.fisterra.com, guías clínicas 2004; 2(29).
- 2) Larry Jameson J, Weetman AP. Trastornos de la glándula tiroides. En: Braunwald, Fauci, Kasper et al. Editores. Harrison: principios de medicina interna. 15ª edición. McGraw-Hill-Interamericana de España, 2002; pp 2410-2438.
- 3) Lazarus JH, Predmawardhana LD. Screening for thyroid disease in pregnancy. Journal of clinical pathology. 58(5): 449-52, 2005 May.
- 4) Rehman S U, Cope D W, Senseney A D et al. Thyroid disorders in elderly patients. Southern medical journal. 98(5): 543-9, 2005 May.
- 5) Rehman H U, Bajwa T A. Newly diagnosed hypothyroidism. BMJ 2004; 329; 1271.
- 6) Olsen A H, Kelsberg G, Coffey J. Should we screen women in hypothyroidism? The journal of medical practice. August 2004; 53; 8; 653-655.