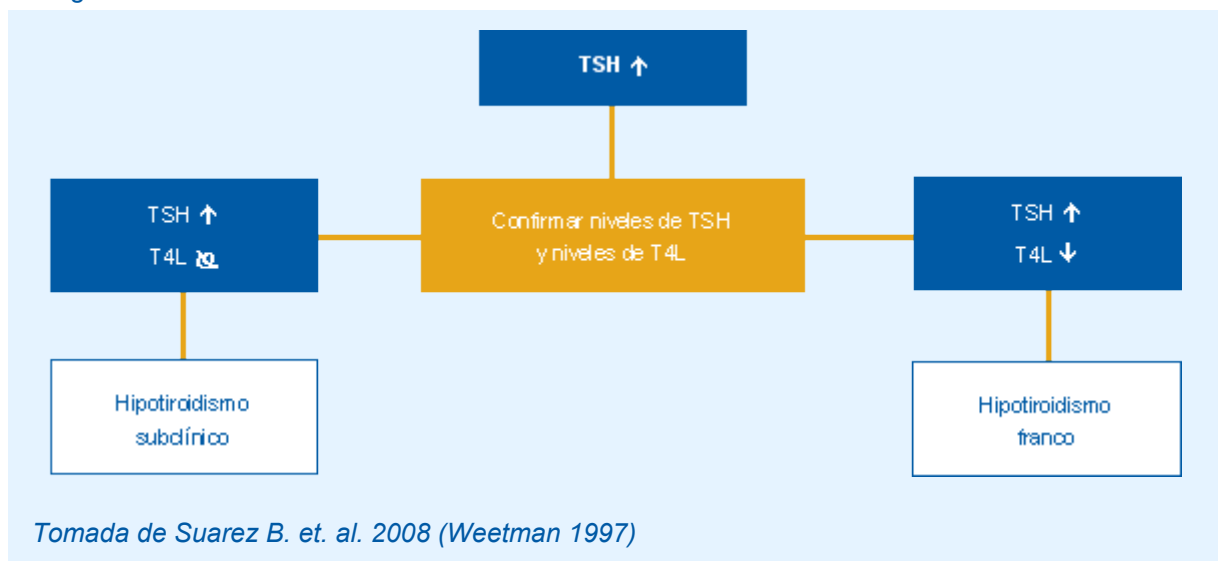


Hipotiroidismo subclínico

Definición

Trastorno caracterizado por el hallazgo de cifras elevadas de Tirotrófina sensible (TSH-s) con niveles normales de hormonas tiroideas –tiroxina libre- (T₄ libre), en individuos generalmente asintomáticos. Es necesario realizar una segunda determinación de TSH-s (Figura 1) en el plazo de seis semanas para excluir un error de laboratorio. Es por tanto, un concepto bioquímico, y dentro de él se distinguen varios grados esquematizados por Weetman en 1997 (Tabla 1)

Figura 1.



Clínica

A pesar del término subclínico, hasta el 25-50% de los pacientes refieren algún síntoma explicado por este trastorno: xerosis cutánea, astenia, intolerancia al frío, estreñimiento, ganancia ponderal, efluvio telógeno y pérdida de memoria. Sin embargo, todo este cortejo sintomático es inespecífico y no difiere del que relataría un individuo eutiroideo a igualdad de edad y sexo, tras una anamnesis dirigida.

Diagnóstico diferencial

Debe efectuarse con todas aquellas situaciones que se acompañan de aumentos discretos de TSH-s no secundarios a déficit de hormonas tiroideas:

- Administración inadecuada de levotiroxina (dosis bajas).
- Administración de fármacos que disminuyan su absorción:
 - Sucralfato
 - Resinas
 - Hidróxido de Aluminio
 - Colestiramina
 - Sulfato ferroso
- Fase recuperación síndrome eutiroideo enfermo
- Hipotiroidismo central
- Estados de resistencia a hormonas tiroideas
- Adaptación fisiológica (bajas temperaturas,...)
- Insuficiencia renal
- Déficit de glucocorticoides
- Errores de laboratorio
- Enfermedades psiquiátricas agudas

Tabla 1. Grados de hipotiroidismo subclínico

Grados	TSH-s	T4 Libre
Grado I	3-9,9 mU/L	Normal
Grado II	10-20 mU/L	Normal
Grado III	>20 mU/L	Normal

Recomendaciones en el tratamiento del hipotiroidismo subclínico

¿Por qué puede ser útil tratar el hipotiroidismo subclínico?

- a. ausencia de progresión a la forma clínica;
- b. mejoría de los valores de lípidos (disminución del riesgo cardiovascular);
- c. mejoría de los síntomas atribuidos al hipotiroidismo subclínico.

Evidencias

- Número de pacientes que es necesario tratar (NNT) para prevenir un caso de hipotiroidismo clínico varía de 4,3 a 14,3 en un período de 5 años, según la edad, el sexo y la elevación de la TSH, rango similar al de otras estrategias preventivas. En los pacientes en los que se añade la elevación de los anticuerpos antitiroideos (anticuerpos antitiroglobulina –ATG–; anticuerpos antiperoxidasa microsomal –anti-TPO–), el NNT es de 5 a 8 en el mismo período. Sin embargo, esto significa que aproximadamente el 80% de los pacientes tomará el tratamiento sin un aparente beneficio en este sentido. Conviene señalar que aproximadamente el 5% de los pacientes sin tratamiento normalizará sus cifras de TSH-s tras un año de seguimiento.
- Los pacientes con hipercolesterolemia y TSH mayor de 10 pueden reducir el colesterol sérico en un 8% si se tratan con levotiroxina (recomendación grado A). Varios estudios de revisión cuantitativos han encontrado que el tratamiento con levotiroxina reduce los valores de colesterol total y cLDL, especialmente en los pacientes con valores de colesterol más altos y los pacientes con hipotiroidismo clínico previo insuficientemente tratado.
- Un estudio aleatorizado, controlado y doble ciego ha mostrado que el tratamiento a dosis fisiológicas con levotiroxina tiene un efecto beneficioso en el cLDL y los síntomas clínicos de hipotiroidismo. Se ha estimado una reducción del 9,31% en el riesgo cardiovascular tras la disminución de los valores de cLDL.
- Respecto a los pacientes con síntomas atribuibles al hipotiroidismo, en dos estudios aleatorizados, controlados y prospectivos se encontró una mejoría significativa de los síntomas y en un tercero no, aunque la media de la TSH-s durante el tratamiento en este último estudio se mantuvo en el rango alto de la normalidad.

Abordaje del hipotiroidismo subclínico

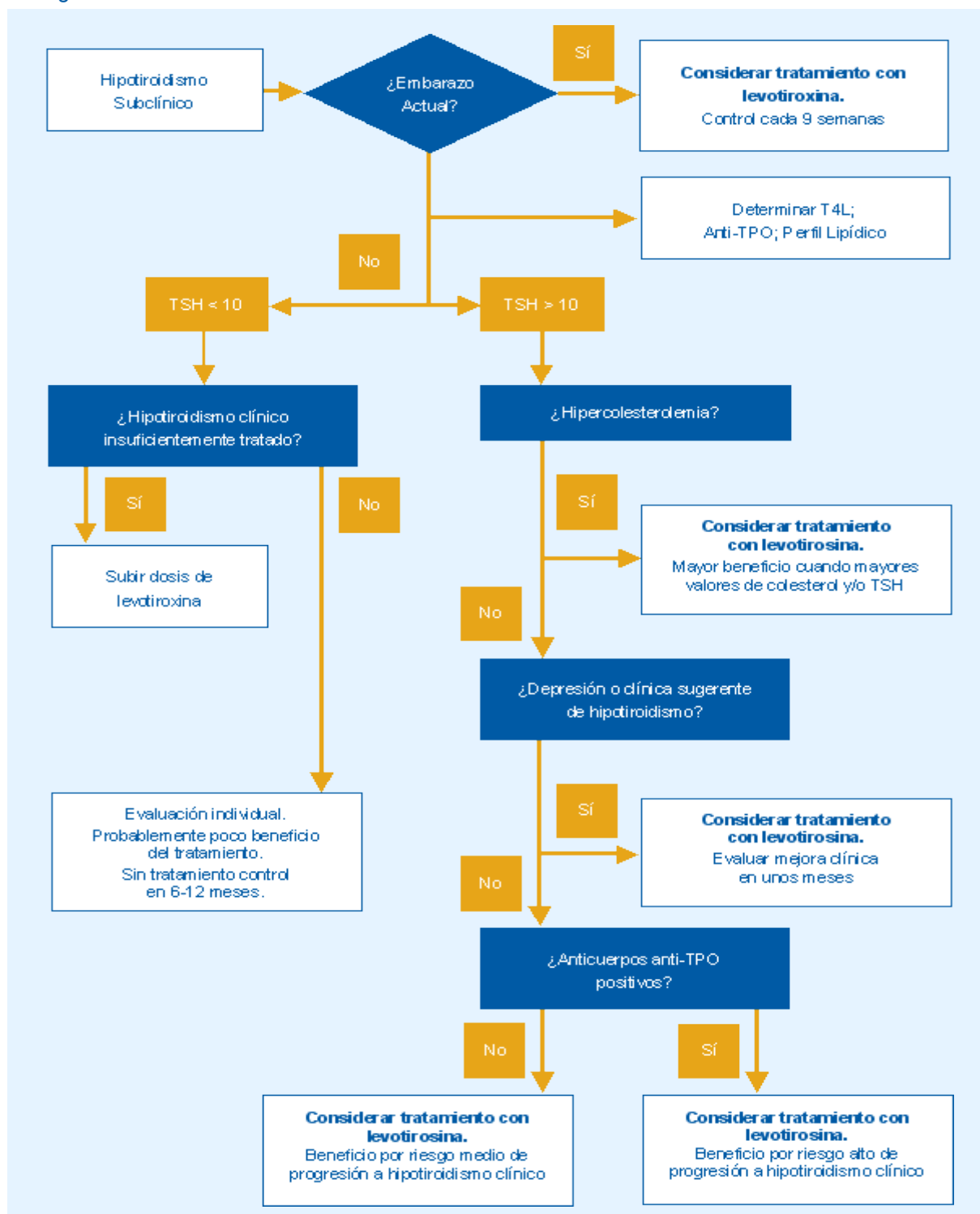
- a. Deberá realizarse en forma individualizada según las características propias de cada paciente, y no, necesariamente, bajo esquemas fijos de determinados patrones terapéuticos.
- b. Se recomienda tratar a los pacientes que cumplan alguna de las siguientes situaciones ([figura 2](#)):
 - TSH-s > 10 mU/l de forma repetida, bocio, anticuerpos antitiroideos positivos, síntomas de hipotiroidismo, historia familiar de enfermedad tiroidea, embarazo y dislipemia grave.
 - También se aceptaría un ensayo terapéutico en pacientes con niveles de TSH inferiores a 10 mU/L que presentan bocio, dislipemia, depresión refractaria, afecciones obstétricas y/o ginecológicas o síntomas que presumiblemente se expliquen por este trastorno.
- c. Si no se cumpliesen estas condiciones, la observación con controles anuales sería la actitud más aceptada.

Pauta para el tratamiento del hipotiroidismo subclínico

Se debe considerar el tratamiento con levotiroxina desde el primer trimestre del embarazo cuando la TSH-s esté por encima de los valores de referencia. En los casos en que se indique el tratamiento se debe comenzar con dosis bajas de levotiroxina, 25-50 µg/día, y se incrementará la dosis según controles (TSH y T₄) cada 8 semanas 12,5 µg hasta llegar a la dosis adecuada (TSH-s normal: fuerza de la recomendación C), siguiendo con controles semestrales y posteriormente anuales.

Hipotiroidismo subclínico

Figura 1.



Autores

- José Javier Blanquer Gregori. Médico de familia. Centro de Salud San Blas (Alicante)

Autor para correspondencia

- José Javier Blanquer Gregori
E-mail: aranhd@ono.com

Bibliografía

1. Suárez Rodríguez B. Revisiones en Medicina Interna basadas en la evidencia. Hipotiroidismo Subclínico. Hipotiroidismo subclínico: ¿controversia o consenso: Abril 2008.
<http://www.meiga.info/mbe/HipotiroidismoSubclinico.asp>
2. Ochoa Prieto J, Godia López S, Olloqui Mundet J, Fernández Suárez F. Patología tiroidea del adulto. FMC. Protocolos 2004;3:23-25.
3. Surk MI, Ortiz E, Daniela GH, Sawin CT, Col NF, Cobin RH, et. Al. Subclinical thyroid disease. Scientific review and guidelines for diagnosis and management. JAMA 2004;291:228-38.
4. Nananda F, Martin I., Gilbert H. Subclinical Thyroid Disease. JAMA 2004;291:239-243.
5. Garcia Garcia-Doncel L, Sillero Sa´nchez A, Aguilar Diosdado M. Hipotiroidismo subclínico. Jano 2002;52:270-276.
6. Cooper DS. Clinical practice: subclinical hypothyroidism. N Engl J Med. 2001;345:260-265.