

MANEJO DEL HIPOTIROIDISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Concepto: Es el cuadro clínico resultante de la secreción insuficiente de hormonas tiroideas.

ETIOLOGÍA	
<p>Hipotiroidismo primario (95%).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tiroiditis autoinmune (Hashimoto).</i> Es la causa más frecuente en áreas sin déficit de yodo. El 80% Ac. Antitiroglobulinas y Antiperoxidasas. Puede asociarse a otras patologías autoinmunes. Pueden cursar con o sin bocio. ▪ <i>Posttiroidectomía, tras tto. con radioyodo. Radioterapia externa. Enfermedades infiltrativas (tiroiditis fibrosa, sarcoidosis, hemocromatosis, leucemia).</i> ▪ <i>Fármacos:</i> metimazol, propiltiouracilo, amiodarona, litio, colestiramina, sales de hierro, carbamacepina, rifampicina, fenobarbital. 	<p>Hipotiroidismo transitorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tiroiditis subaguda linfocitaria (silente).</i> ▪ <i>Tiroiditis subaguda granulomatosa.</i> ▪ <i>Tiroiditis postparto.</i> ▪ <i>Tiroidectomía subtotal.</i> ▪ <i>Tratamiento Graves Basedow con radioyodo.</i> <p>Hipotiroidismo congénito.</p> <p>Hipotiroidismo central o secundario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Enfermedades hipotalámicas/hipofisarias (adenoma hipofisario, necrosis hipofisaria postparto, traumatismos hipófisis).</i> ▪ <i>Alteración hipotalámica o en estructuras vecinas o nivel del sistema hipotalámico hipofisario.</i>

Diagnóstico:

- Determinación de TSH. De elección.
- Determinar T3/T4:
 - Sospecha de enfermedad hipotalámica-hipofisaria (TSH baja y T3/T4 bajas).
 - Paciente hospitalizado o con enfermedad grave.
 - Paciente con fármacos que alteran las concentraciones de TSH: dopamina, corticoides, fenitoína, metoclopramida...
- Si TSH normal: descartado el hipotiroidismo primario.
- Si TSH elevada: determinar T4 y anticuerpos antiperoxidasas (Ac. TPO).

*Embarazadas:

- Hipotiroidismo previo: TSH < 2,5.
- ↑ L-Tiroxina: 30-50% (4ª-6ª semana).

Valoración y seguimiento:

1ª visita AP.- Anamnesis, EF y si sospecha: TSH



Endocrino ← TSH baja / T3/T4 bajas → **2ª visita AP.- determinación TSH** → TSH < 5 / T4 normal → Sale del proceso

↓ TSH > 5

Hipotiroidismo 1º Clínico ← TSH > 5 / T4 baja → **Hemograma, BQ completa, T3/T4, ac. TPO** → TSH > 5 / T4 normal → Hipotiroidismo subclínico



TSH < 5 ← **3ª visita AP.- determinación TSH a los 6-8 sem. de iniciado el tto.** → TSH > 5

↓ Mantener tratamiento y solicitar TSH anual

↓ Valorar aumento de dosis. TSH 6-8 semanas hasta que TSH < 5 y entonces control anual

Tratamiento:

- L-Tiroxina oral. Se absorbe el 80%.

Criterios derivación al endocrino:

- Hipotiroidismo central.
- Tiroiditis o nódulo palpable.
- Hipotiroidismo y gestación.
- Sospecha de S. Pluriglandular autoinmune.
- Embarazadas*: Tratar si TSH > 5.

Hipotiroidismo subclínico:

- Tratar a los pacientes con Ac. TPO + y/o TSH > 10.
- Si TSH 5-10 y Ac. TPO -: no tratar. Control anual.
- Dosis inicial:
 - Niños: 2-4µg/kg/d.
 - Adultos: 1.6µg/kg/d.
- Adultos y jóvenes sin ECV: 50-100µg/kg/d.
- Ancianos o ECV: 12.5-25µg/kg/d. ↑ cada 2-4 semanas.