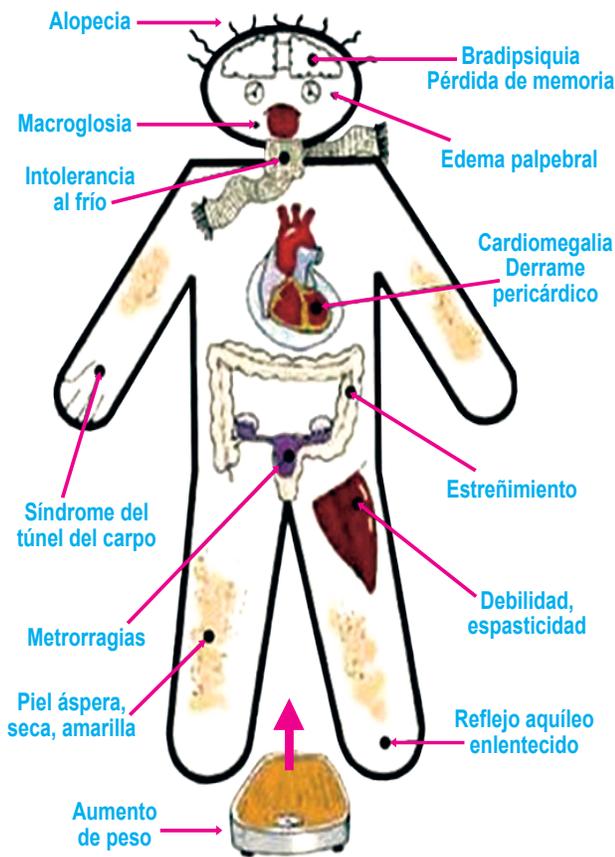


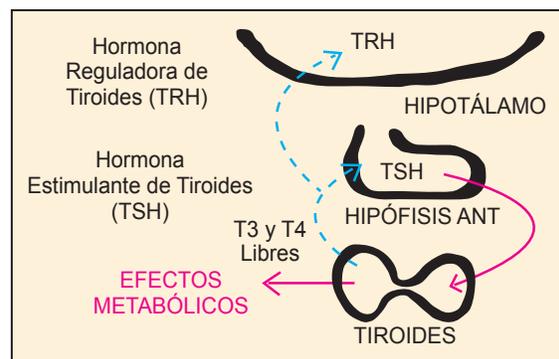
### SÍNTOMAS Y SIGNOS



### FISIOLOGÍA HORMONAL

- La Tiroxina realiza una retroalimentación negativa a la Glándula Pituitaria e Hipotálamo cuando sus niveles están normales.
- Cuando la medición de la TSH es alta y la T4 es baja, se sospecha hipotiroidismo primario (lesión a nivel de la tiroides).
- Cuando la medición de la TSH es normal o

baja y la T4 es baja, se sospecha hipotiroidismo secundario o central (pituitaria).



### CAUSAS

- Primario: (>95%)
  - Hashimoto: autoinmune, anticuerpos contra los receptores de TSH
  - Post Parto.
- Secundario (Central): antecedentes de trauma craneoencefálico, cirugía, radioterapia, shock hipovolémico.
- Bocio: deficiencia de yodo (Hashimoto o post parto) provoca hiperestimulación de TSH hacia la tiroides, resultando en hiperplasia de la glándula. A largo plazo se hace bocio. Bioquímicamente el bocio es:
  - Tóxico (hiperactivo)
  - No-tóxico (normal)
  - Hipotiroideo (subclínico).
- Hipotiroidismo subclínico: se diagnostica con pruebas tiroideas TSH = 5.0-9.0 (ligeramente elevado) y con T3 y T4 normales. Dar tratamiento es controversial, pero es recomendado en las embarazadas. Se

recomienda volver a medir TSH y T4 a los 6-12 meses para ver si se convierte en un hipotiroidismo franco.

## LABORATORIO

- BH
- TSH: (Rango= 0.05-5.0) >5.0 es anormal
- T4 libre: bajo
- T3: se mide si T4 es normal
- Anticuerpos antitiroideos (opcional)

## IMAGEN

- Ultrasonido y Gamagrafía no están indicados en la evaluación del hipotiroidismo.

## TERAPIA

- Levotiroxina 50mcg VO QD y se va subiendo la dosis cada 6-8 semanas según sean los resultados de TSH.

- Bocio: suplementos de yodo y Levotiroxina.

## PERLAS

- El diagnóstico de hipotiroidismo requiere un alto índice de sospecha y es fundamental la valoración por laboratorio.

- Si el síntoma predominante es cansancio, la anemia es una causa más frecuente que el hipotiroidismo.

- La TSH está elevada en pacientes que toman corticoides, pero no es un hipotiroidismo.

- Se puede pedir Anticuerpos Tiroideos, pero generalmente no cambian el manejo clínico.

- Hipotiroidismo Central se sospecha cuando: TSH es bajo o normal y T3 y T4 son bajos.

- Se realiza una medición de TSH seis semanas después, luego de modificar la dosis de

Levotiroxina.

- En caso de que el bocio provoque compresión o se sospeche de cáncer.

- Una vez conseguido el eutiroidismo (cifras de TSH normales) el control de laboratorio puede ser anual y solo se realiza con TSH.

- La meta del TSH es 1.0-1.5 en pacientes con tratamiento con Levotiroxina. Si la causa es de origen central se requiere medición T4 libre.

- Los requerimientos de Levotiroxina generalmente son más altos en el embarazo.

- La terapia para el hipotiroidismo es para toda la vida.

- El cribado universal de hipotiroidismo a personas de cualquier edad o mujeres embarazadas no está recomendado.

- Se puede considerar interconsulta con endocrinología en:

- Pacientes pediátricos
- Pacientes en los que es difícil conseguir y mantener un estado eutiroidico
- Presencia de bocio, nódulos u otros cambios estructurales en la glándula tiroidea
- Causas inusuales de hipotiroidismo

## BIBLIOGRAFÍA:

Gabriela Brenta y cols. Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/4

[Jeffrey R. Garber et al. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR HYPOTHYROIDISM IN ADULTS: COSPONSORED BY THE AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND THE AMERICAN THYROID ASSOCIATION Endocr Pract. 2012; 18(N°16) Nov-Dec 2012]

Jaime P. Almandoz, Hossein Gharib Hypothyroidism: Etiology, Diagnosis, and Management. Med Clin N Am 96 (2012) 203–221 [doi:10.1016/j.mcna.2012.01.005]