

## **HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO**

Es un problema frecuente. La determinación sistemática de hormonas tiroideas ha aumentado considerablemente el número de casos detectados. Este diagnóstico se puede hacer cuando el nivel de T4 libre es normal el nivel de TSH está ligeramente aumentado (mayor de 5 mU/I). Como el nivel de TSH puede variar en muchas circunstancias (depresión, fármacos, sobrecarga de yodo, se aconseja repetir el análisis para descartar alteraciones transitorias de esta hormona. El paciente puede no presentar ningún síntoma, o bien, síntomas leves de hipotiroidismo (que son, por otra parte, bastante inespecíficos).

Aunque no existe un total acuerdo al respecto, la mayoría de los expertos recomiendan el tratamiento con hormona tiroidea en los siguientes casos:

- niños en periodo de crecimiento
- gestantes o mujeres fértiles con deseo de quedar embarazadas (está asociado a mayor frecuencia de abortos precoces)
- presencia de bocio (TSH es un estimulador del crecimiento tiroideo)
- tras la cirugía tiroidea (para evitar la hiperplasia del resto tiroideo)
- cuando los anticuerpos antitiroideos son positivos (por la mayor posibilidad de evolución a hipotiroidismo clínico)
- cuando TSH es mayor de 10 mU/l (existen estudios que relacionan el hipotiroidismo subclínico con un aumento de la morbilidad cardiovascular, sobre todo si se acompaña de alteraciones lipídicas)

Se propone el siguiente PROTOCOLO de actuación:

### **Hipotiroidismo subclínico: T4 libre Normal con TSH > 5 mU/I**

- Palpación del cuello (si hay bocio, remitir a Endocrinología)
- Nueva determinación de T4 libre, TSH de anticuerpos antitiroideos. Si los anticuerpos antitiroideos son positivos, iniciar tratamiento con tiroxina remitir a Endocrinología.
- Si TSH > 10 mU/l o T4 libre < 0.7 ng/dl, iniciar tratamiento con tiroxina remitir a Endocrinología.
- Si TSH persiste entre 5-10 mU/l y T4 libre es normal no hay ningún motivo especial para tratar, se recomienda seguimiento del paciente por parte del médico de cabecera, realizando un control de hormonas tiroideas a los 6 meses y, posteriormente, una vez al año.

NO ES NECESARIO remitir a los pacientes con hipotiroidismo subclínico a la consulta de Endocrinología con carácter Urgente o Preferente.

### **Tratamiento:**

Cuando esté indicado el tratamiento, la dosis de tiroxina a administrar oscilará entre 50 y 75 microgramos al día en la mayoría de los casos. Una pauta sencilla para iniciar el tratamiento es comenzar con 25 microgramos al día e ir aumentando la dosis 25 microgramos cada 2 semanas hasta alcanzar la dosis de mantenimiento que se considere oportuna. En algunos pacientes con patología cardíaca los incrementos deben ser más pequeños (12.5 microgramos). Para valorar si la dosis administrada es correcta, se realizará una nueva determinación de hormonas tiroideas cuando el paciente lleve al menos 4-6 semanas de tratamiento con dicha dosis.