

**HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO (T4L NORMAL, TSH >4-4,5 μ U/ml, ver reverso).
RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO PARA ATENCIÓN PRIMARIA**

Nombre del Paciente.....
Función tiroidea y Ac antitiroideos
Palpación actual del tiroides.....
Antecedentes.....
Tratamiento.....

Se deben hacer control de **TSH y anticuerpos antitiroglobulina y anti-TPO en el plazo de 3 meses**, si no estuvieran realizados.

Debe comenzarse tratamiento con Tiroxina* 25 μ g/día durante las primeras 2 semanas y 50 μ g/día luego de forma ininterrumpida **si se dan cualquiera de las siguientes situaciones:**

1. **TSH \geq 10 μ U/ml, persistente independiente de la edad**
2. **TSH entre 4,5 y 10, persistente si:**
 - **SÍNTOMAS DE HIPOTIROIDISMO, SOBRE TODO EN MENORES DE 60-70 AÑOS.**
 - **Ac ANTITIROIDEOS POSITIVOS.**
 - **PRESENCIA DE BOCIO O NÓDULOS.**
 - **EMBARAZO O INTENCIÓN.**
 - **INFERTILIDAD O DISFUNCIÓN OVULATORIA.**
 - **ADEMÁS CONSIDERAR TRATAMIENTO SI (recomendaciones no generalizadas):**
 - **DEPRESIÓN ASOCIADA**
 - **EVIDENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIOSCLERÓTICA**
 - **EPISODIOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA**
 - **FACTORES DE RIESGO CV**

Si el resultado de la TSH repetido es normal (0,4-4,5 μ U/ml), repetir TSH al cabo de 6 y 12 meses; si cualquier valor es mayor de 4,5 μ U/ml, iniciar tratamiento con tiroxina a las dosis mencionadas si se cumplen las indicaciones mencionadas.

Siempre que se ponga tratamiento con tiroxina, se repetirá la TSH a las 6 a 8 semanas después para confirmar su normalidad. En caso contrario, se debe proceder a nuevo ajuste aumentando o reduciendo 12,5 μ g/día según datos analíticos.

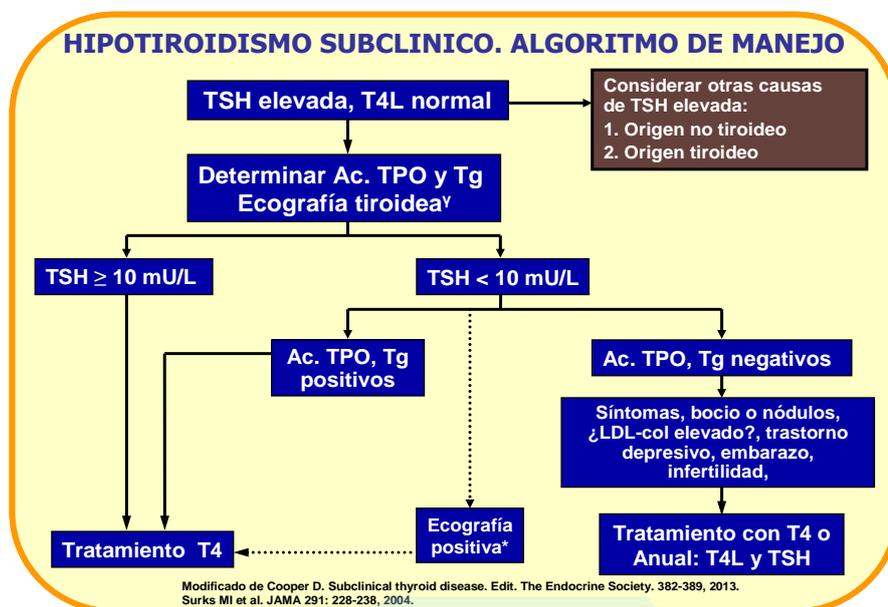
Una vez ajustada la dosis hacer control de TSH anualmente, según se contempla en protocolo de hipotiroidismo primario tratado con tiroxina.

* Otra opción de dosificación es iniciar Tiroxina con 1,6 μ g/kg/día sobre todo en jóvenes con Enfermedad de Hashimoto. Evita la repetición de consultas para subir dosis, pero puede producir sobredosificación.

OBSERVACIONES

Fecha

Firma



▼ **Muy útil si se dispone de medios.**

***Si se dispone de ecografía positiva con aumento o disminución de volumen tiroideo o con nódulos también se debe tratar con L-T4.**

Prevalencia

- Mujeres 8%, Hombres 5%. Mujeres mayores de 60 años 15%
- Evolución a hipotiroidismo clínico 3 al 20%. Más frecuentemente si
 - bocio
 - anticuerpos antitiroideos positivos
 - mayores de 60 años
 - TSH $\geq 10 \mu\text{U/ml}$

Causas de TSH elevada

- Tiroiditis Autoinmune: Causa más frecuente. Forma no atrófica o atrófica
- Postquirúrgico
- I-131
- Déficit de Yodo: Cursa casi siempre con bocio
- Fármacos
 - Litio: con bocio más frecuente
 - Compuestos orgánicos de yodo (amiodarona): con bocio más frecuente
 - Interferón alfa
- Atrofia tiroidea idiopática
- Insuficiencia Renal Avanzada
- Insuficiencia suprarrenal sin tratar
- Transitorios
 - Tiroiditis Suabguda de DeQuervain, Silente y Posparto (3 a 6 meses)
 - Recuperación del Síndrome del Paciente Eutiroideo Enfermo
 - Tiroidectomía parcial (hasta los primeros 6 meses poscirugía)
 - Durante las primeras 6 semanas de tratamiento con amiodarona
 - Retirada de terapia con T4 en tratamiento supresor
 - Tras administración de radioyodo : Tres primeros meses, por daño reversible tiroideo

TRATAMIENTO

- Demostrada la mejoría de lípidos sanguíneos, riesgo cardiovascular (si TSH $\geq 10 \text{ mU/l}$) y trastorno depresivo al tratar con tiroxina en algunos estudios.
- TSH $\geq 10 \mu\text{U/ml}$: Evidencia de beneficio al tratar respecto a progresión del hipotiroidismo, descenso de colesterol-LDL, mejoría de los síntomas y reducción del tamaño del bocio.
- TSH 4,5-10: Nivel menor de evidencia de beneficio al tratar.
- Tratar con tiroxina a aquellos pacientes con TSH $\geq 4,5 \mu\text{U/ml}$ que deban estar con litio o amiodarona.
- Controvertido el tratamiento de los mayores de 65-70 años con concentraciones de TSH ligeramente elevadas (4,5 a 8 mU/L) porque además de poder estar dentro del rango normal para su edad, el tratamiento con L-T4 causa con frecuencia hipertiroidismo yatrogénico
- Si T4L es normal no retrasar ninguna cirugía, no existe riesgo quirúrgico adicional.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

1. Surks MI et al. Consenso de "Endocrine Society, American Thyroid Association, and the American Association of Clinical Endocrinologists". JAMA 291: 228, 2004.
2. Garber JR et al: Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: Co-sponsored by American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Endocrine Practice 18: 988-1028, 2012.
3. Ross DS, Cooper DS. Subclinical hypothyroidism. Uptodate. Acceso: Agosto, 2013.
4. Cooper D. Subclinical thyroid disease. The Endocrine Society. 382-389, 2013.
5. Rodondi N, Bauer DC. Subclinical hypothyroidism and cardiovascular risk: how to end the controversy. J Clin Endocrinol Metab 98: 2267-2269, 2013.
6. Subclinical hypothyroidism- just a high serum TSH concentration or something else?. J Clin Endocrinol Metab 98: 505-510, 2013.