

Hipotiroidismo subclínico

Subclínic hypothyroidism

González Calbano, Marcelo Agustín¹

¹Médico. Unidad Sanitaria Saladero. Secretaría de Salud de Bahía Blanca.
drcalbano@yahoo.com.ar

CASO CLÍNICO: Laura de 30 años tiene un IMC de 27,5 y, a pesar de estar a dieta desde hace un tiempo, no consigue bajar de peso. Niega otros síntomas. Trae resultados de análisis realizados hace dos meses y quiere saber si debería recibir tratamiento para “su problema de tiroides”, al cual le adjudica su estancamiento en el peso. El análisis presenta TSH 8,2 μ U/ml (VN 0,5-5) y T4 5,7 μ g/dL (VN 4,5-12).

CONSIDERACIONES GENERALES

El hipotiroidismo subclínico se define como la presencia de valores elevados de TSH acompañados de determinaciones normales de T4. El diagnóstico de esta entidad es de laboratorio, y existe amplia controversia sobre si produce o no los síntomas que se le adjudican. Tiene una prevalencia elevada: 3% en varones, 10% en mujeres postmenopáusicas y 15% en adultos mayores (1). Sin embargo, son situaciones como la de Laura, que terminan resolviéndose con un criterio medicalizante, las que justifican la controversia respecto de este hallazgo. Aproximándonos a una mirada más amplia al problema, surge la obviedad de que el hipotiroidismo subclínico se descubrió partir del desarrollo de nuevos métodos de laboratorio, más precisos que los existentes al momento en que se realizaron las investigaciones citadas en la literatura médica tradicional.

Las causas del hipotiroidismo subclínico son las mismas que las del hipotiroidismo: enfermedades autoinmunes (Graves, Hashimoto), déficit de iodo, atrofia idiopática (causa más frecuente en adultos mayores), inducida por drogas o iatrogé-

nica. La etiología más común es la enfermedad tiroidea autoinmune, 50-80% de los personas con hipotiroidismo subclínico tienen anticuerpos antitiroideos positivos (2).

RASTREO Y DIAGNÓSTICO

No existe evidencia suficiente para recomendar el rastreo en adultos asintomáticos (3). Asimismo, existe una amplia gama de síntomas tradicionalmente asociados con problemas tiroideos que, sin embargo, es poco probable que se deban al déficit de hormona tiroidea: fatiga, astenia, piel seca, bradicardia, intolerancia al frío, depresión, constipación, calambres y –quizás el más frecuente– sobrepeso. Una revisión sistemática de 8 ensayos clínicos aleatorizados de baja calidad no halló diferencias significativas en mejoría de síntomas o cambios en las escalas de síntomas en el tratamiento con levotiroxina en personas con hipotiroidismo subclínico (4).

Además, existen estudios que demuestran la escasa correlación de la sintomatología hipotiroidea con los valores de TSH. En un estudio de co-

hortes realizado en 49 personas con valores de TSH superiores a 20 mU/L, la severidad clínica de los síntomas correlacionó mejor con los niveles de T4 libre que con los valores de TSH, y personas con pocos síntomas presentaban valores muy superiores a otros con sintomatología florida pero con valores menores (5). Estos hallazgos son acordes con estudios previos (6-7). Por tanto, es más probable que sean los efectos biológicos de las hormonas tiroideas en los tejidos periféricos –y no las concentraciones de TSH– los que reflejen la severidad clínica del hipotiroidismo. Y recuerde, en el hipotiroidismo subclínico los valores de T4 son normales.

Lo más adecuado sería entonces descartar en primer lugar otras explicaciones más frecuentes, y cuando nos consulten por sobrepeso, indagar sobre sedentarismo y hábitos de alimentación (con énfasis en la búsqueda de “calorías ocultas”); si el problema es tristeza, ahondar en crisis vitales y dinámica familiar; hábitos de sueño en el caso de la fatiga; consumo de fibras y líquidos en la constipación. No olvide que el objetivo de la consulta es ayudar a que los usuarios aborden sus problemas de salud, no que se vayan con uno nuevo –como tener que tomar levotiroxina todos los días–. Como la Navaja de Occam, cuando dos teorías en igualdad de condiciones tienen las mismas consecuencias, la teoría más simple tiene más probabilidades de ser correcta que la compleja.

¿DEBERÍAMOS TRATAR?

Hay evidencia conflictiva acerca de los efectos de la levotiroxina sobre el colesterol en personas con hipotiroidismo subclínico. Un meta-análisis de ensayos clínicos no randomizados mostró una leve mejoría en el perfil lipídico de personas con hipotiroidismo subclínico tratadas con levotiroxina (8). Sin embargo, ningún ensayo clínico ha evaluado la morbilidad y mortalidad de causa cardiovascular en estas personas. Un estudio de cohortes de 12 años de duración en EEUU con 3.233 participantes de 65 años y más no reportó diferencias significativas en el riesgo de enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, muerte de causa cardiovascular o mortalidad por todas las causas entre aquellos eutiroideos y aquellos con hipotiroidismo subclínico o manifiesto (9).

Un ensayo que evaluó función cognitiva, incluido en una revisión Cochrane (4), mostró una pequeña, pero significativa, mejoría a favor del

tratamiento con levotiroxina. Al término del análisis, las puntuaciones en las escalas de calidad de vida, función emocional o incluso de síntomas no mostraron diferencias.

La misma revisión incluyó cuatro estudios que evaluaron la presencia de efectos adversos en el tratamiento con levotiroxina (4). Ninguno encontró diferencias estadísticamente significativas, aunque hubo una tendencia hacia un aumento de la ansiedad y descenso en las escalas generales de salud. Uno de los riesgos mayores del tratamiento con levotiroxina es el hipertiroidismo subclínico iatrogénico, el cual puede ocurrir en 14-21% de las personas tratadas (10). El sobretatamiento, al menos en adultos mayores, incrementa el riesgo de fibrilación auricular (11).

Por último, existe la recomendación de tratar para reducir la progresión a hipotiroidismo clínico. La tasa de progresión anual es de 5% a 20%, y aumenta con la edad, los niveles de TSH y la presencia de anticuerpos antimicrosomales. Sin embargo, esto no es posible de prevenir (4), y no todos los casos de hipotiroidismo subclínico progresarán a hipotiroidismo manifiesto. La recomendación es no tratar y abordar cuidadosamente la agenda oculta de las personas que consultan por síntomas tan inespecíficos como caída del pelo, uñas quebradizas, piel seca, sobrepeso, y la más fácil de responder de todas (y la que tiene menor valor predictivo positivo): “intolerancia al frío”. Simplemente diga que usted también tiene frío cuando hace frío.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Augustovski F, Botargues M, Cabezón C. Problemas tiroideos. En: Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2a ed. Buenos Aires: Panamericana; 2006.
- 2) Adlin V. Subclinical hypothyroidism: deciding when to treat. *Am Fam Physician*. 1998 Feb 15;57(4):776-80.
- 3) Helfand M; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for subclinical thyroid dysfunction in nonpregnant adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004;140(2):128-141.
- 4) Villar HC, Saconato H, Valente O, Atallah AN. Thyroid hormone replacement for subclinical hypothyroidism. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD003419.
- 5) Meier C, Trittibach P, Guglielmetti M, Staub JJ, Müller B. Serum thyroid stimulating hormone in assessment of severity of tissue hypothyroidism in patients with overt primary thyroid failure: cross sectional survey. *BMJ*. 2003 Feb 8;326(7384):311-2.
- 6) Canaris GJ, Steiner JF, Ridgway EC. Do traditional symptoms of hypothyroidism correlate with biochemical disease? *J Gen Intern Med* 1997; 12: 544-550.
- 7) Zulewski H, Müller B, Exer P, Miserez AR, Staub JJ. Estimation of tissue hypothyroidism by a new clinical score: evaluation of patients with various grades of hypothyroidism and controls. *J Clin Endocrinol Metab*. 1997 Mar;82(3):771-6.
- 8) Danese MD, Ladenson PW, Meinert CL, Powe NR. Clinical review 115: effect of thyroxine therapy on serum lipoproteins in patients with mild thyroid failure: a quantitative review of the literature. *J Clin Endocrinol Metab*. 2000;85(9):2993-3001.
- 9) Cappola AR, Fried LP, Arnold AM, et al. Thyroid status, cardiovascular risk, and mortality in older adults. *JAMA*. 2006;295(9):1033-1041.
- 10) Herrick B. Subclinical hypothyroidism. *Am Fam Physician*. 2008 Apr 1;77(7):953-5.
- 11) Sawin CT, Geller A, Wolf PA, Belanger AJ, Baker E, Bacharach P, et al. Low serum thyrotropin concentrations as a risk factor for atrial fibrillation in older persons. *N Engl J Med*. 1994 Nov 10;331(19):1249-52.