

DISFUNCIÓ TIROIDAL SUBCLÍNICA

Dr. M. Porta

Dra. A. Ribas

Dra. R. Bellmunt

Sta. Eugènia de Berga

18 de Febrer del 2005

CAS 1

- Dona de 41a que consulta per astènia, dolor precordial no coronari amb crisis d'angoixa.

CAS 1

- Na antecedents patològics d'interès.
- No medicació habitual.
- Constants i exploració física anodina
- AG: TSH 4,8 (P) i T4L 0,94 (N).

Què fer?

- Es va diagnosticar de sd. ansietat i HIPOTIROIDISME SUBCLÍNIC.
Tractament amb benzodiazepines.
- Posteriorment tractament antidepressiu.
- Control funció tiroïdal als 6 mesos.

CAS 2

- Dona de 79a que consulta per dispnea de grans esforços i edemes lleus a EEII al 2002.

CAS 2

- **MEDICACIÓ ACTUAL:** Lacimen 1c/d, Hidrosaluretil 1c/d, Disgren 1c/12h.
- **ANTECEDENTS PATOLÒGICS:**
 - HTA
 - Dislipèmia
 - Deterior cognitiu lleu
 - Colon irritable
 - Diverticulosi colònica
 - Hèrnia d'hiatus
 - Artropatia degenerativa
 - 1997 i 1998: Hipertiroidisme de Graves-Basedow.

Exploració i proves complementàries

- TA146/74. ACV: ritme irregular a 94x'. Lleus edemes a EEII.
- ECG: ACxFA a 100x'
- AG: TSH 0,002 (?) T4L 1,39 (N). T3 199 (?)

Què fer?

- Es diagnòstica de ACxFA i HIPERTIROIDISME CLÍNIC.
- A primària s'ínica tractament TAO i diurètic.
- AE1 cardiologia: en ritme sinusal.
Stop Sintrom. Antiagregació + antihipertensius.
- Derivació a endocrinologia

Prevalença de les disfuncions tiroïdals en la població general

DISFUNCIÓ TIROÏDAL	PREVALENÇA
Hipotiroidisme	2%
Hipotiroidisme subclínic	5-15%
Hipertiroidisme	0,2%
Hipertiroidisme subclínic	0,1-5%

GENERALITATS

- “Subclínic” no vol dir asimptomàtic en tots els casos.
- Constitueixen les disfuncions tiroïdals més prevalents (5-18%); l'hipotiroïdisme subclínic la més freqüent.
- La prevalença de malaltia tiroïdal subclínica és més elevada en dones i d'edat avançada.
- Pronòstic incert.
- Dubtes sobre el tractament. En qualsevol cas, sempre fer un seguiment.

Factors de risc de les disfuncions tiroïdals subclíniques

HIPERTIROIDISME SUBCLÍNIC

- Goll
- Malaltia nodular tiroïdal
- H^a familiar altres malalties tiroïdals
- AC x FA

HIPOTIROIDISME SUBCLÍNIC

- Sexe femení
- Edat avançada
- H^a de tirotoxicosi per malaltia de Graves tractat
- Tiroiditis post-part
- Radiació de cap i coll
- Malalties autoimmunes
- H^a familiar de: patologia tiroïdal, anèmia perniciosa, DM1.

HIPOTIROIDISME SUBCLÍNIC

- TSH elevada (4.5-15mU/L) i T4 normal.
- Prevalença 5-13%.
- Més freqüent en dones i augmenta amb l'edat (10% > 40anys; 10-20% > 60 anys).
- Menys freqüent en poblacions amb baixa ingesta de iode (menys Ac antitiroïdals).
- 5% recuperen xifres normals a l'any del diagnòstic.
- 50-80% tenen AC anti TPO.

Quina importància té l'hipotiroïdisme subclínic?

- La progressió a hipotiroïdisme clínic
- Simptomatologia sistèmica de hipotiroïdisme
- Augment del risc cardiovascular

Progressió a hipotiroidisme clínic

- Risc de progressió si:
 - Proporcional a elevació de TSH. (>10mUI/L 2-5%).
 - Presència de AC antitiroidals (4-5%)
 - Edat avançada
- No hi ha estudis sobre prevenció de la progressió amb tractament.

Síntomes sistèmics d'hipotiroidisme

- Clínica:
 - Astènia
 - Sequetat de pell
 - Intolerància al fred
 - Estrenyiment
 - Major clínica psiquiàtrica: ansietat, sd. depressiva)
- No evidència d'estudis sobre el benefici del tractament per disminuir clínica o evitar l'aparició de clínica.

Increment del risc cardiovascular

- Augment de la contractilitat miocàrdica (no s'ha demostrat augment de mortalitat cardiovascular).
- Alteracions del perfil lipídic: \uparrow colest total, \uparrow LDL i \uparrow c-HDL. El tractament millora perfil lipídic, mai fins la normalitat.
- No evidència que sigui un factor de risc cardiovascular independent.
- Estudi Wchikham: no augment cardiopatia isquèmica entre dones amb patologia tiroïdal autoimmune. N^o pacients a tractar per prevenir 1 cas d'hipotiroïdisme: 4.3-14.3.

Tractament hipotiroidisme subclínic: CONTROVÈRSIA!

■ A favor:

- Possibilitat evitar progressió.
- Evitar símptomes en formes que progressen.
- Millora perfil lipídic
- Disminució risc cardiovascular

■ En contra:

- Pocs estudis d'intervenció i resultats no concloents.
- Risc de hipertiroidisme iatrogènic
- No benefici clínic constatat; no modifica història natural de la malaltia

A qui hem de tractar?

- Xifres TSH > 10mUI/L: SEMPRE
- TSH 5-10mUI/L amb:
 - Simptomatologia
 - Factors de risc que afavoreixin progressió: colest >240mg/dl, GOLL, Ac, anti TPO +.
 - Cirurgia prèvia o radio-iodo.
 - Infertilitat
- Embaràs i nens: SEMPRE (TSH>5mUI/L)

- Casos tractats: control TSH als 6 mesos i a l'any.
- Resta de casos: seguiment anual de TSH.

Tractament Hipotiroidisme subclínic

- Levotiroxina:
 - Iniciar dosis de 25-50 mcg/d. Augmentar cada 6-8 setmanes fins a normalitzar funció.
 - Control a les 4-8 setmanes de l'inici del tractament.
 - Control anual, si funció normalitada.
 - Si persisteixen símptomes de hipofunció s'aconsella suspendre tractament.

CAS 1

- Recidiva de la simptomatologia, tractada en diverses ocasions amb antidepressius.
- Controls funció tiroïdal cada 6 mesos, amb hipotiroidisme subclínic fins al gener 2005:
TSH 10,5 T4L 0,77
- S'incia tractament amb levotiroxina 25 mg/d.

HIPERTIROIDISME SUBCLÍNIC

- TSH ? ($<0,1$ mUI/L) i T4L i T3L normals.
- TSH 0,1-0,4 mUI/L: marge no definit. No es considera hipertiroidisme subclínic.
- Causes exògenes o endògenes.
- Afecta entre 14-21% dels pacients tractats amb levotiroxina.

Hipertiroidisme subclínic

- Prevalença: 0,6-2%.
- Més freqüent en dones i amb l'edat.
- Major prevalença en pacients amb alt consum de iode.

Quina importància té l'hipertiroidisme subclínic?

- Progressió a hipertiroidisme clínic.
- Síntomes sistèmics de hipertiroidisme
- Alteracions cardíaques
- Alteracions massa òssia

Progressió a hipertiroïdisme

- Progressió 1-3 %.
- No hi ha evidències sobre la utilitat del tractament antitiroïdal per prevenir la progressió.

Síntptomes sistèmics

- Palpitacions
- Nerviosisme
- Tremolor
- Intolerància a la calor

Alteracions cardíaques

- Creixement ventricle esquerra
- Arítmies auriculars
- Altres, de significat incert:
 - Alteracions contractilitat
 - Deteriorament funció diastòlica

Alteracions massa òssia

- En dones joves, **no** hi ha dades suficients que confirmin pèrdua accelerada de massa òssia.
- En postmenopàusiques, sense tractament hormonal substitutiu, **sí** hi ha augment de risc de fractures òssies.

A qui hem de tractar?

- No hi ha acord uniforme sobre el tractament.
- Cal individualitzar, en cada cas.

A qui hem de tractar?

- Tots els casos de hipertiroidisme exògen (revisar dosis levotiroxina)
- TSH $< 0,1$: derivar a especialista per valoració endocrinològica.
- TSH $0,1-0,4$: recomanacions dietètiques (retirar iode).

- Seguiment cada 6-12 mesos, sense tractament.

Tractament hipertiroidisme subclínic

- Tractament:
 - Antitiroidals a dosis baixes.
- Cal derivar a especialista per fer el tractament.

CAS 2

■ Evolució:

- Tractament amb tirodril i controls a endocrinologia.
- Va continuar fent crisis paroxístiques ACxFA malgrat tractament posterior amb propafenona 150mg/12h i IECA.
- Actualment està en tractament TAO, i està en ritme sinusal (ACxFA paroxístiques freqüents).

Bibliografía

- Medical guidelines for clinical practice for evaluation and treatment of hyperthyroidism and hypothyroidism. AACE. 2002.
- Subclinical thyroid disease. AACE. Hossein Gharib. 2004.
- Hipotiroidismo subclínico. Guías clínicas M^a José Modroño, 2003. www.fisterra.com.
- Está indicado el tratamiento del hipotiroidismo subclínico? Jacinta Landa. Medicos de familia, n^o1 vol 5 març 2003.
- Tabla 1: prevalencia diferentes funciones en población. www.elmedicointeractivo.com. Gener 2005
- Alteraciones en las pruebas del laboratorio. Evaluación y tratamiento de las disfunciones tiroideas. Formación acreditada
- Patología tiroidea del adulto. FMC protocols 3/2004.

