



SESIONES CLINICAS
CENTRO DE SALUD DE VENTANIELLES

SESION CLINICA DE TIROIDES

CENTRO DE SALUD VENTANIELLES

JULIO 2009

HIPERTIROIDISMO

- 1. Sospecha clínica
- 2. Valoración inicial
- 3. Exploración complementaria
- 4. Tratamiento

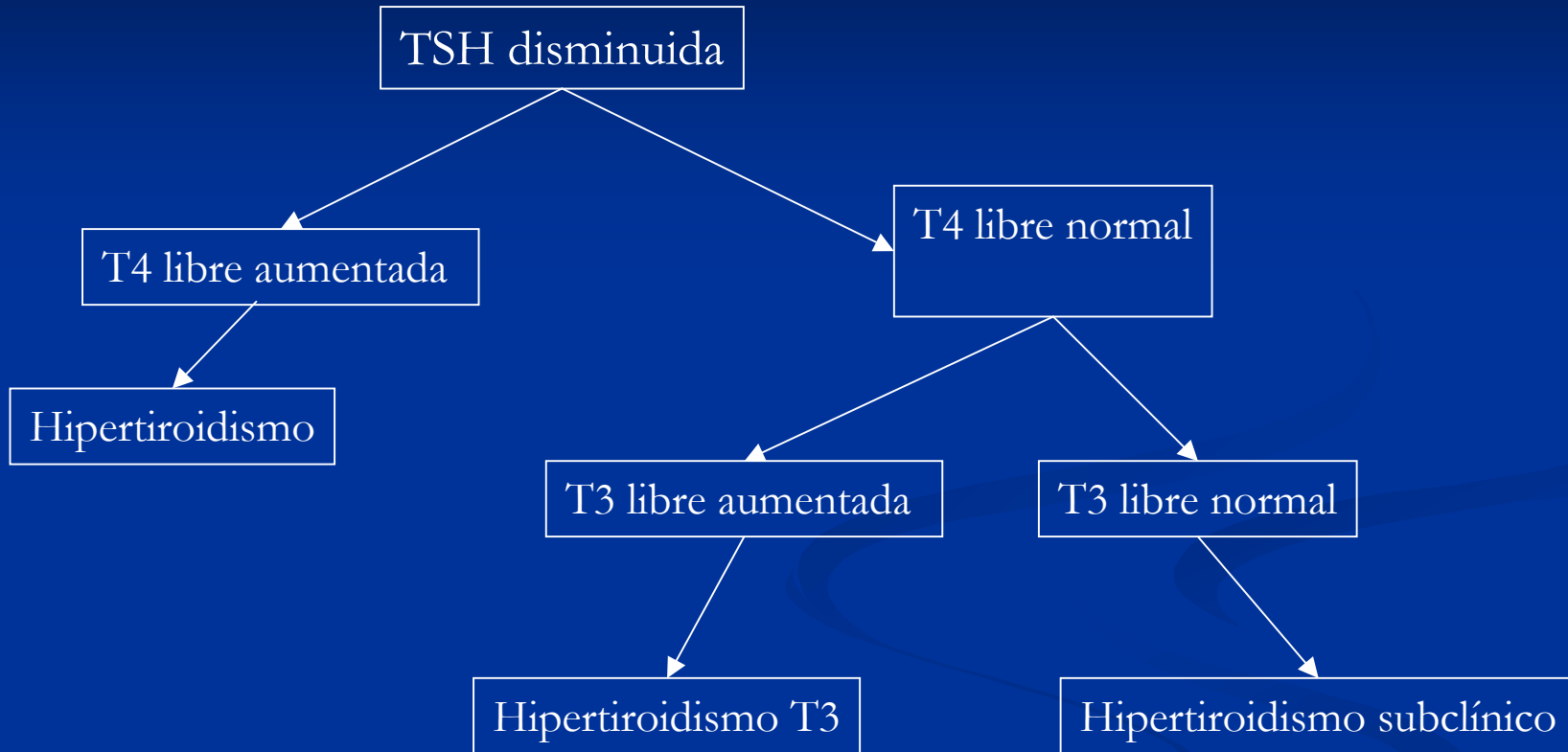
CLINICA

- Nerviosismo
- Hipersudoración
- Intolerancia al calor
- Palpitaciones
- Debilidad muscular
- Pérdida de peso
- Aumento del apetito
- Aumento del número de deposiciones

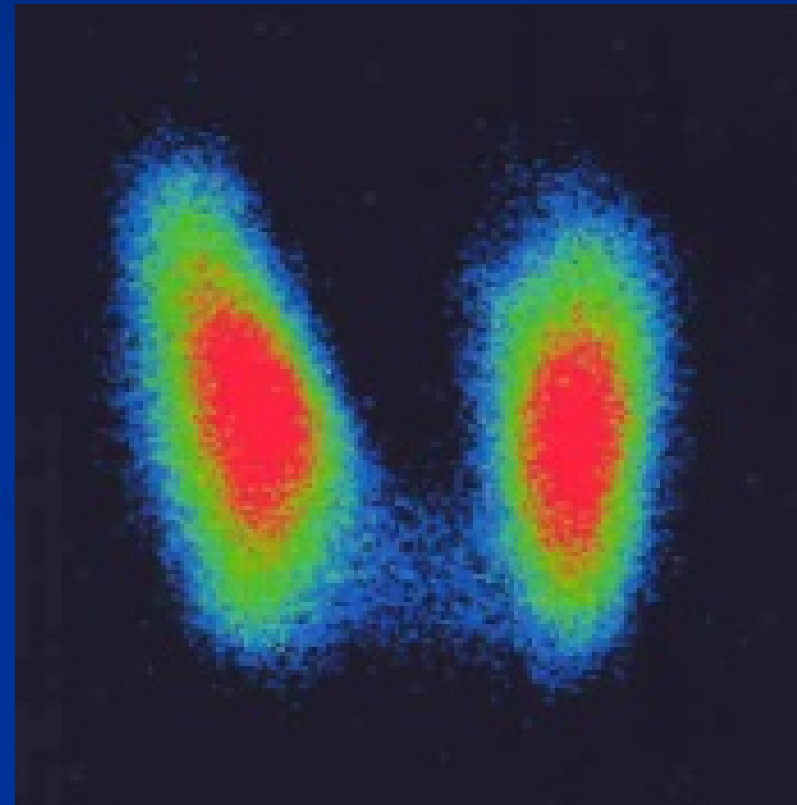


- Taquicardia
- Temblor
- Piel caliente y húmeda
- Eritema palmar
- Fragilidad capilar
- Onicosis, acropaquia
- Hiperactividad
- Bocio
- Oftalmopatía: retracción palpebral, exoftalmos uni o bilateral, edema periorbitario,
- quemosis ocular
- Fibrilación auricular
- Soplos cardiacos
- Ginecomastia
- Aumento de los reflejos osteotendinosos

Diagnostico



Pruebas complementarias



TRATAMIENTO

- Antitiroideos: carbimazol, metimazol, propiltiuracilo, bloqueadores B
- La pauta *bloqueo-sustitución*: (CBZ 30 mg/día o equivalente)
- La pauta *ajuste de dosis* : (CBZ 15 mg/día o equivalente)
- Yodo
- cirugía

HIPOTIROIDISMO

- 1. Sospecha clínica
- 2. Valoración inicial
- 3. hipotiroidismo subclínico

Tabla 2. Síntomas y signos del hipotiroidismo

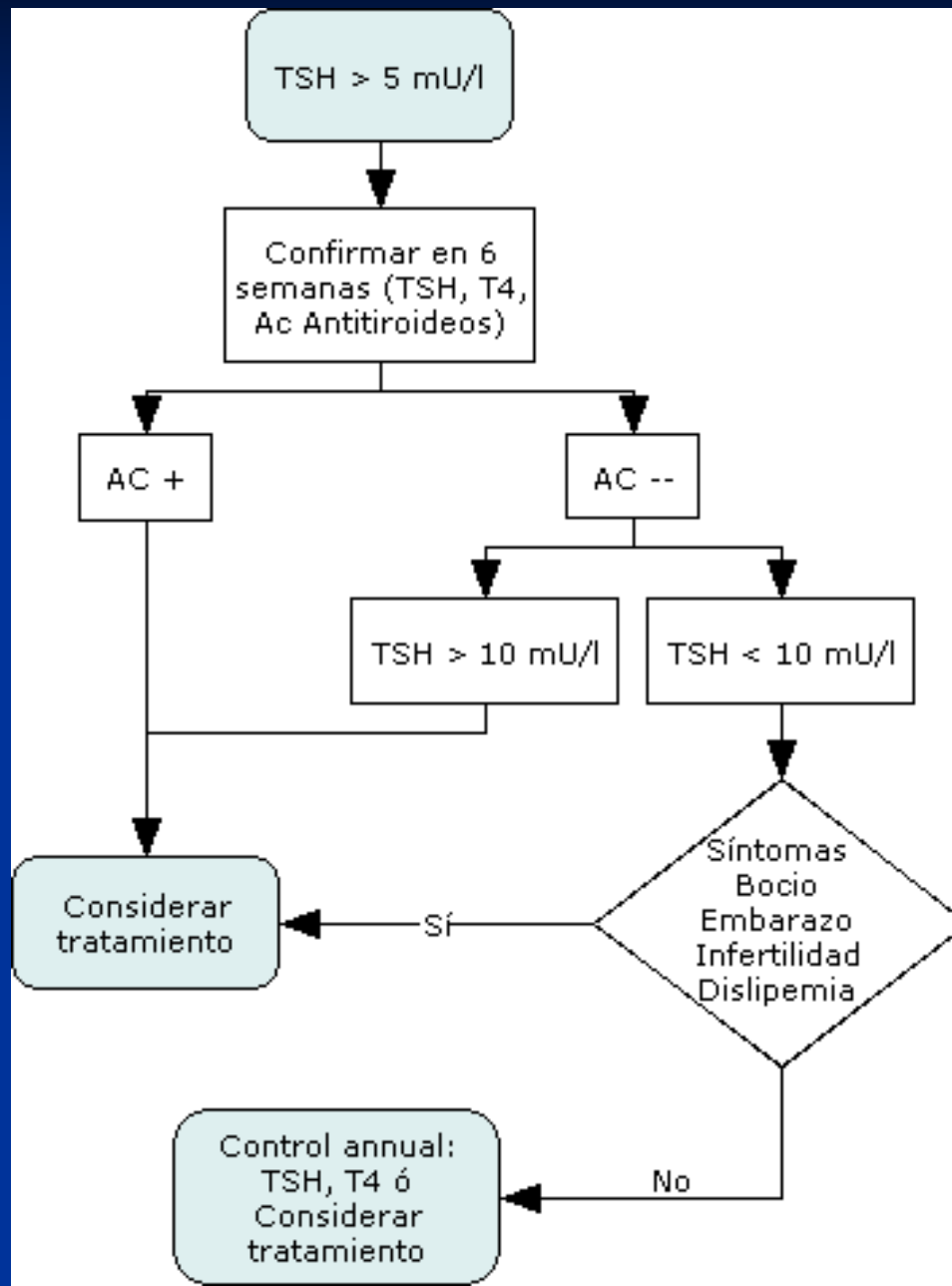
Síntomas	Signos
Astenia	Bradycardia
Letargia	Piel seca
Tendencia al sueño	Voz ronca
Intolerancia al frío	Bradipspiquia
Enlentecimiento de funciones intelectuales	Movimientos lentos
Aumento de peso	Hiporreflexia
Disminución del apetito	Edema sin fóvea
Estreñimiento	
Trastornos menstruales	
Parestesias	
Artralgias	
HipoT** Neonatal: (1:4000) Ictericia Fisiol./ llanto ronco / Distensión abdom. / Hipotermia / Letargia / prob. De alimentación. S/ tto. →	Cretinismo (Talla Corta / Rasgos toscos / Macroglosia / Escasez de vello / retraso Irreversible del desarrollo físico y mental).

Diagnostico de hipotiroidismo



HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO

Hipotiroidismo subclínico



L-Tiroxina (Levotiroxina)

No produce elevaciones bruscas de T-3 (Dosis de inicio: 50 Microgramos/día).

VO. Ayunas. 20-30 min. Antes del desayuno.

Aumentos Progresivos cada 2 semanas de 25-50 MicroGr./dia).

Precaución en ancianos y cardiópatas. (Dosis Inicial 25 MicroGr/dia. Aumentos progresivos cada 4-6 semanas).

■ Consecuencias de no tratar hipotiroidismo subclínico:

- Disfunciones cardíacas.
- ↑ Colesterol Total y LDL.
- Síntomas sistémicos de hipotiroidismo.
- Empeoramiento Síntomas psiquiátricos.
- Evolución a hipotiroidismo manifiesto, si TSH >20 mcgIU/ml

Tratar o no tratar el HTS

TABLE 1. Quality of Evidence on the Strength of Association and Risks/Benefits of Levothyroxine Treatment of Subclinical Hypothyroidism for Patients With a Serum TSH Level of 4.5 to 10.0 mIU/L^a

Clinical condition	Strength of association	Benefits of treatment
Progression to overt hypothyroidism	Good	Variable ^b
Adverse cardiac end points	Insufficient ^c	No evidence
Elevation in serum total cholesterol and LDL-C levels	Insufficient ^c	Insufficient
Cardiac dysfunction	Insufficient ^c	Insufficient
Systemic hypothyroid symptoms	No clear evidence	Insufficient
Psychiatric symptoms	No clear evidence	Insufficient

^a LDL-C = low-density lipoprotein cholesterol; TSH = thyroid-stimulating hormone.

^b Thyroid hormone therapy normalizes the serum TSH level at any TSH concentration. Overt hypothyroidism occurs earlier in untreated patients with a serum TSH level of >10 mIU/L than in those with a serum TSH level of 4.5 to 10.0 mIU/L.

^c Available data do not distinguish between serum TSH concentrations of 4.5 to 10 mIU/L and of more than 10 mIU/L.

Adapted from *JAMA*,⁵ with permission of the American Medical Association. Copyright © 2004. All rights reserved.

TABLE 2. Factors Favoring Levothyroxine Therapy in Patients With a Thyroid-Stimulating Hormone (TSH) Level of 5 to 10 mIU/L

Pregnancy or intention of pregnancy
Goiter
Therapeutic trial for possible hypothyroid symptoms
Patient preference
Childhood and adolescence
2 TSH levels >8 mIU/L
Bipolar disorder, depression
Infertility
Presence of antithyroid antibodies
Progressive TSH increase
Ovulatory dysfunction
Young age of the patient
Hyperlipidemia?

Conclusiones

- Siempre tratar:
 - Embarazadas
 - Niños
 - Depresión
- Valores de 5mU/L - 10mU/L :
 - Trastorno de memoria
 - Bocio
 - Post a tx con yodo
 - Prueba en dislipemias
 - fármacos
- Valores de >10mU/L y Ac. Tiroideos positivos

FUENTES DE INFORMACION

FUENTE	BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA	NIVEL EVIDENCIA
Mayo Clinic	Subclinical Hypothyroidism: An Update for Primary Care Physicians http://www.mayoclinicproceedings.com/content/84/1/65/T1.large.jpg	Guías de uso para médicos de atención primaria
Servicio de endocrinología Hospital university Germans	http://www.uab.cat/castellano/	ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA Manejo de la patología tiroidea en Atención Primaria II. Hipertiroidismo, diagnóstico y tratamiento. Tiroiditis
Medicina Familiar y comunitaria. en Endocrinología y Nutrición. Centro de Salud Dr. Castroviejo. EAP Peñagrande. Área 5. Madrid. España.	http://external.doyma.es/pdf/40/40v34n10a13130326pdf001.pdf	ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA Manejo de la patología tiroidea en Atención Primaria II. Hipertiroidismo, diagnóstico y tratamiento. Tiroiditis
Cochrane library	Reemplazo de la hormona tiroidea para el hipotiroidismo subclínico (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	MBE
FISTERRA	<ul style="list-style-type: none"> -http://www.fisterra.com/guias2/hipotirsubclinic.asp -http://www.fisterra.com/guias2/hipotiroidismo.asp 	Guía de práctica clínica metaanálisis

