

PROTOCOLO DISFUNCION TIROIDEA

Dr. M. López de la Torre C.

HIPERTIROIDISMO

Primera Visita:

1.- Historia Clínica, Exploración completa

2.- Solicitar FT4 y TSH (si no los aporta por su médico de cabecera o son dudosos). Si se confirma el hipertiroidismo (FT4 ó FT3 elevadas junto a TSH baja) solicitar Anticuerpos y valorar solicitar FT3 y Gammagrafía (la indicación de ésta se protocolizará con el Servicio de Medicina Nuclear).

3.- Tratamiento:

- Antitiroideos de síntesis (ATO):
 - ✓ Dosis inicial: 10-45 mg/día de Metimazol o carbimazol, hasta eutiroidismo.
 - ✓ Advertir al paciente que consulte con su médico de cabecera y realice un hemograma urgente si al inicio del tratamiento hay fiebre, rash, ictericia, artralgia u orofaringitis. Evitar embarazo hasta eutiroidismo.
 - ✓ No indicado cuando la etiología del hipertiroidismo es una tiroiditis
- I-131:
 - ✓ Se plantea en casos de hipertiroidismo persistente, como segunda alternativa, una vez que se haya conseguido el eutiroidismo con ATO.
 - ✓ Contraindicado en embarazo, lactancia e infancia. Indicar al paciente (mejor por escrito) que evite embarazo en los 4 meses siguientes (preferiblemente en los 12 meses siguientes), y evitar el contacto estrecho con niños y gestantes en los días siguientes
 - ✓ Valorar su indicación especialmente en pacientes mayores de 50 años.
 - ✓ Prevención de oftalmopatía: 0,4-0,5 mg/Kg/día de prednisona, desde 2º-3º día tras recibir I131, durante 1 mes, y bajando hasta suspender el siguiente mes.
 - ✓ Suspender los ATO varios días antes de recibir el I131 para reinstaurarlo después si es necesario.

- Cirugía: Si hay gran bocio, nódulos de gran tamaño o sospechosos de malignidad, alergia a ATO, o ante pacientes que no pueden o quieren administrarse I-131
- Adyuvantes: Beta-bloqueo (propranolol o nadolol). Si no lo tolera se pueden usar Bloqueantes del Calcio (diltiazem).

Revisiones:

1.- Historia Clínica y exploración completa

2.- Pautas de tratamiento y seguimiento:

- Pacientes tratados con ATO:
 - ✓ Pauta combinada: Conseguido el eutiroidismo (FT3, FT4, y TSH normales), instaurar 15 mg/día de metimazol/carbimazol junto a 100 mcg/día de LT4. Ajuste cada 4-12 semanas hasta eutiroidismo. Conseguido eutiroidismo revisión semestral.
 - ✓ Pauta de ATO en monoterapia: Conseguido el eutiroidismo (FT3, FT4, y TSH normales), bajar 5-7,5 mg/visita de metimazol/carbimazol. Ajuste cada 4-12 semanas hasta eutiroidismo. Conseguido eutiroidismo revisión semestral.
 - ✓ Duración del tratamiento: 1 a 2 años
 - ✓ Cuando se suspenda el tratamiento en la Enfermedad de Graves revisión por Endocrinólogo al mes y 3 meses, y por su Médico de cabecera a los 6 y 12 meses durante 2 a 3 años después. Si recurre enviar al Endocrinólogo de zona.
 - ✓ Solicitar en todas las revisiones FT4 y FT3. La TSH no es imprescindible en todas las revisiones porque puede quedar frenada durante meses.
- Si se ha tratado con I-131:
 - ✓ Cada 4-12 semanas durante los 3 meses siguientes de recibir I-131. Después según la clínica, generalmente a los 6 meses.
 - ✓ Conseguido el eutiroidismo revisiones al menos anuales, solicitando FT4 y TSH si hay hipotiroidismo hasta conseguir el eutiroidismo con tiroxina. Basta la TSH en hipotiroides tratados con dosis estables de tiroxina.
- Si se ha intervenido:
 - ✓ Revisión en el postoperatorio inmediato y después de 2-3 meses de la intervención.

- ✓ Postoperatorio inmediato: El mismo día del alta quirúrgica acudirá el paciente a la Consulta del Endocrinólogo que indicó la intervención, adjuntando el informe de alta o volante del Cirujano. Se le facilitarán volantes para Hemograma y Analítica General que incluya calcemia y proteinemia. En caso de tiroidectomía total o subtotal iniciará tiroxina (75 mcg diarios) inmediatamente. En caso de tiroidectomía parcial iniciará tiroxina (75 mcg diarios) tras realizar la analítica indicada, después de 6-8 semanas de la Cirugía. Se le facilitará asimismo analítica de TSH y FT4, a realizar tras 6-8 semanas sin tratamiento después de una Cirugía parcial, o bien tras 6-8 semanas de iniciar tiroxina después de una Cirugía total o subtotal.
- ✓ Después de 2-3 meses de la intervención se verá en revisión, con Historia y exploración completa con especial atención al cuello, se valorará situación funcional tiroidea y posibles complicaciones postquirúrgicas. Si hipotiroidismo seguir protocolo hipotiroidismo

3. – Casos especiales

- Embarazo:
 - ✓ Usar preferiblemente PTU, aunque el metimazol/carbimazol no están contraindicados, por cuanto no hay demostrados efectos perjudiciales bajas dosis. Queda contraindicado el tratamiento con ATO combinado y el I131.
 - ✓ Revisión cada 4-6 semanas o más frecuentemente según clínica. Solicitar TSI en último trimestre (predice hipertiroidismo prenatal)
 - ✓ Reevaluación del neonato en el postparto, y de la madre 6 semanas postparto.
- Oftalmopatía Eutiroidea:
 - ✓ Solicitar TPO, TSI, y si el exoftalmos es unilateral TAC ó RNM orbitaria (en otro caso, a criterio del Endocrinólogo).
 - ✓ Recomendar gafas de sol, lubricantes, dejar de fumar, diuréticos, levantar cabecero de cama y/o corticoides (40-80 mg prednisona/día al menos 3 meses), según la clínica
 - ✓ Interconsulta Oftalmología
- BMN tóxico:
 - ✓ Si el nódulo dominante es frío hacer PAAF
 - ✓ Cirugía si lo quiere el paciente, hay bajo riesgo quirúrgico, en niños, adolescentes y jóvenes (<18 años), en bocios grandes, o dudas de malignidad

- ✓ ATO en adultos mayores hasta conseguir el eutiroidismo y posteriormente preferiblemente I-131.
- Tormenta tiroidea:
 - ✓ Inhibidores de la síntesis (ATO)
 - ✓ Inhibidores de la secreción (IK, CO₃Li, ipodato)
 - ✓ Antagonistas periféricos (PTU, corticoides, ipodato, iopanoico)
- Hipertiroidismo subclínico (TSH baja, asociada FT4 y FT3 normales)
 - ✓ Excluir uso de glucocorticoides, enfermedad grave o patología hipofisaria
 - ✓ Practicar gammagrafía y solicitar Anticuerpos
 - ✓ Si es asintomático: Repetir FT3-FT4-TSH a los 2-3 meses y si no progresa indicar revisiones anuales por Endocrinólogo de zona (enviándole resultados de FT3-FT4 y TSH recientes). Dicha analítica será adelantada por su Médico de Cabecera en caso de aparecer clínica hipertiroides antes del año).
 - ✓ Si es sintomático: Plantear tratamiento con ATO, cirugía, I131 según la edad, causa y resto de factores médicos (por ejemplo fibrilación auricular y/o cardiopatía).

HIPOTIROIDISMO

Primera Visita:

- 1.- Historia y exploración completa
- 2.- Solicitar TSH (si se sospecha patología hipofisaria solicitar también FT4). Si éstas son patológicas y se sospecha problema autoinmune solicitar TPO. Si la TSH no está suficientemente elevada para los niveles bajos de FT4 solicitar estudio hipofisario. Precaución al interpretar resultados de pacientes ingresado con severa enfermedad o desnutrición. Si hay hipotiroidismo clínicamente significativo hay que evaluar la posibilidad de insuficiencia suprarrenal asociada, y en caso de duda extraer muestras para determinación de cortisol y ACTH antes de iniciar el tratamiento del hipotiroidismo y asociar hidroaltesona hasta descartar dicha patología.
- 3.- Tratamiento:
 - L-tiroxina-sódica:
 - ✓ Si tiene menos de 50 años o el hipotiroidismo es de corta duración: 1,7 µg/Kg/día
 - ✓ Si tiene más de 50 años o padece patología cardíaca: 25-50 µg/día con reevaluación a 6-8 semanas, con incrementos hasta normalizar TSH

Revisiones:

- 1.- Historia Clínica, interrogar sobre cumplimiento de tratamiento y exploración.
- 2.- Periodicidad:
 - ✓ Hasta conseguir el eutiroidismo revisiones cada 8-12 semanas.
 - ✓ Siempre que haya que reajustar dosis seguimiento cada 8-12 semanas hasta normalizar TSH
 - ✓ Conseguido el eutiroidismo revisiones anuales por médico de cabecera
- 3.- Casos especiales:
 - Screening de hipotiroidismo mediante determinación de TSH:
 - ✓ Mujeres postmenopausicas, cada 5 años
 - ✓ Historia previa patología tiroidea (solicitar TSH anual)
 - ✓ Enfermedades autoinmunes
 - ✓ Depresión inexplicada o disfunción cognitiva

- ✓ Hipercolesterolemia
- ✓ Obesidad
- ✓ Uso de algunos medicamentos (amiodarona, litio, interferón,...)
- Embarazo con hipotiroidismo previamente diagnosticado, o diagnosticado durante el embarazo:
 - ✓ TSH al menos una vez en cada trimestre del embarazo
 - ✓ Determinación de niveles de TPO si se desconocían
 - ✓ Si se había aumentado en ≤ 25 mcg/día de dosis a lo largo del embarazo, volver a dosis previas al mismo tras el parto.
 - ✓ Después de 6-8 semanas postparto determinación de FT4 y TSH, y según resultados seguir protocolo de hipotiroidismo.
 - ✓ No está contraindicada la lactancia materna
- Hipertiroidismo iatrógeno (TSH frenada, FT4 normal o elevada en pacientes tratados con tiroxina):
 - ✓ Con clínica manifiesta y confirmado con FT4 y TSH: Suspender la tiroxina 1 semana y reiniciarla a menor dosis
 - ✓ Sin clínica y confirmado con FT4 y TSH: Reducir dosis (salvo carcinoma tiroideo)
 - ✓ Si TSH sigue frenada a pesar de FT4 normal o baja después de bajar la dosis hacer estudio hipofisario y descartar el uso de medicamentos o situaciones que bajen TSH (glucocorticoides, enfermedades no tiroideas graves)
- Hipotiroidismo subclínico:
 - ✓ Recomendable tratamiento si TSH >7 mUI/ml, embarazo o infertilidad femenina
 - ✓ Recomendable con TSH <7 siempre que coexista hipercolesterolemia, anticuerpos antiroideos positivos, bocio, antecedentes familiares de patología tiroidea, niños hasta el cierre hipofisario (reevaluando después la función tiroidea), y otras patologías autoinmunes.
 - ✓ Si no se trata determinación semestral de TSH por su médico de cabecera y valoración anual por su Endocrinólogo de zona
- Coma mixedematoso:
 - ✓ Ingreso y tratamiento en UCI, individualizando cada caso
- Preparación carcinoma: Protocolo con triyodotironina (consensuado con S. Medicina Nuclear).

Bibliografía:

Weetman AP. Graves disease. N Engl J Med 2000; 343/17: 1236-1248

Singer PA et al. Treatment Guidelines for patients with hyperthyroidism and hypothyroidism. JAMA 1995; 273: 808-812.

The American Association of Clinical Endocrinologist and The American College of Endocrinology 1994; AACE clinical practice guidelines for the evaluation and treatment of hyperthyroidism and hypothyroidism. Endocrine Practice 1995; 1/1: 56-62.

Moreno E, Gargallo F, López de la Torre M. Diagnóstico y tratamiento en Endocrinología. Ediciones Diaz de Santos 1994.