



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **ESCUELA DE MEDICINA**

### **RESUMEN**

## **“TRASTORNOS DE LA TIROIDES Y IC EN EL ANCIANO”**

**Anelhy Jasmín Hernández Zapata**

**Geriatría**

**Semestre: 6°**

**Grupo: “A”**

**Dr. AGUILAR INDILI JULLISCER**

**Comitán de Domínguez, Chiapas Junio del 2020.**

## **Trastornos de tiroides en el anciano**

“En general existe un descenso en la secreción de hormonas tiroideas con la edad” (Montero, 2009) Con el envejecimiento también se producen cambios en la estructura de la glándula tiroides. Entre ellos, podemos reseñar un aumento de fibrosis interfolicular, disminución en el tamaño de los folículos, degeneración y adelgazamiento de las células foliculares e infiltración por linfocitos. Los folículos se encuentran rellenos de coloide al enlentecerse su resorción, por lo que se acentúa el aplanamiento de las células foliculares. Las células parafoliculares o células C, presentan hiperplasia de las mismas, con contenido de diferentes neuropéptidos.

En conclusión, en los ancianos resulta difícil distinguir entre los cambios normales o adaptativos del eje HHT debido a la menor superficie corporal, al descenso de las necesidades energéticas y toma de fármacos. Otro punto a tener en cuenta es la presencia de autoinmunidad tiroidea y de disfunción tiroidea subclínica. A pesar de estos cambios, la glándula tiroidea tiene un normal funcionamiento acorde con las necesidades del anciano.

## **Hipotiroidismo**

El hipotiroidismo clínico se define como la presencia de TSH elevada y T4 L disminuida; sin embargo, en el hipotiroidismo subclínico, la TSH se encuentra elevada con T4 y T3 normales. El hipotiroidismo es más frecuente en la población anciana que en personas más jóvenes. La tiroiditis crónica autoinmune y el hipotiroidismo postquirúrgico son las principales causas de la hipofunción tiroidea en mayores de 55 años. La alta prevalencia de enfermedad tiroidea autoinmune se relaciona con el incremento de la frecuencia de autoanticuerpos y el envejecimiento. También, el hipotiroidismo inducido por amiodarona es frecuente en ancianos, principalmente en varones. Su diagnóstico puede resultar difícil, ya que la clínica es más escasa o inespecífica, y se puede confundir con el proceso normal de envejecimiento. Además, otro aspecto a considerar también es que los resultados de las pruebas de función tiroidea pueden alterarse, tanto por el envejecimiento, como por otras enfermedades no tiroideas. Es importante indagar sobre la posible ingesta de fármacos que pueden originar una disminución de la síntesis y secreción de T4 en los ancianos. Respecto al tratamiento, el hipotiroidismo clínico se trata preferentemente con levotiroxina, mientras que el hipotiroidismo subclínico, por ser potencialmente aterogénico, sólo es recomendable tratarlo cuando la TSH es  $> 10\text{mU/L}$ .

El empleo de terapia hormonal sustitutiva con levotiroxina, asociado a un adecuado seguimiento, se asocia a una respuesta terapéutica favorable en más del 80% de los pacientes en el primer año de seguimiento.

## **Hipertiroidismo**

“El hipertiroidismo se define como el aumento en la producción o secreción de las hormonas tiroideas” (Montero, 2009) El hipertiroidismo puede ser clínico (la TSH está disminuida, o por debajo del límite inferior de la normalidad, y las hormonas tiroideas T3 y T4 se encuentran elevadas), o subclínico (la TSH está disminuida, o por debajo del límite inferior de la normalidad, y las hormonas tiroideas son normales).

El bocio multinodular hiperfuncionante o tóxico es la etiología más frecuente de hipertiroidismo en los pacientes mayores de 55 años (43,1%), seguida de la enfermedad de Graves (21,4%) y la tirotoxicosis iatrogénica (16%). Ciertos fármacos como prednisolona, amiodarona, agonistas dopaminérgicos o el ácido acetilsalicílico pueden producir cambios en la concentración de TSH. Por tanto, la etiología se relaciona con la edad, el sexo, la presencia de bocio, el grado de hipertiroidismo y el estado autoinmune.

### **IC en el anciano**

“La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad de alta prevalencia en geriatría y, como causa de muerte en adultos mayores, supera al ACV y al cáncer de cualquier origen” (Berreta, 2018) El envejecimiento fisiológico del aparato cardiovascular conlleva una serie de cambios que coinciden con los que se aprecian en las fases iniciales de la IC a cualquier edad, lo que facilita y hace más comprensible la posibilidad de desarrollo de la IC según se eleva la edad. A este aumento contribuye también la mayor frecuencia de alteraciones de todo tipo asociadas a la pérdida de las reservas funcionales orgánicas relacionadas con el envejecimiento. En definitiva, ambos mecanismos, el envejecimiento primario, o fisiológico, y el secundario, derivado de la patología acumulada o de los factores nocivos de carácter ambiental acumulados durante toda la vida, colaboran a la hora de entender el por qué la incidencia y la prevalencia de la IC aumentan en paralelo con la edad,

Entre los cambios biológicos que contribuyen a la IC durante el envejecimiento podemos destacar los siguientes: desregulación de los mecanismos de reparación, disfunción mitocondrial con una mayor producción de especies de oxígeno reactivo y aumento del estrés oxidativo, aumento de la fibrosis y de los entrecruzamientos entre los productos finales de la glicación, aumento de la rigidez ventricular-arterial y disfunción diastólica del ventrículo izquierdo.

La evaluación inicial del paciente anciano con sospecha de IC debe comprender los cuatro apartados diagnósticos recomendados en cualquier paciente con IC: sindrómico, etiológico (incluyendo factores precipitantes), fisiopatológico y funcional (o de gravedad), junto con la realización de una valoración geriátrica integral, imprescindibles todos ellos para instaurar un tratamiento correcto e individualizado. En la población de edad avanzada el diagnóstico sindrómico de IC debe realizarse tras una detallada valoración clínica y con un alto índice de sospecha, dada la mayor frecuencia de síntomas y signos atípicos.

Los principales objetivos del tratamiento de la IC son aliviar los síntomas y signos, prevenir los ingresos hospitalarios y mejorar la supervivencia, sin olvidar la mejora en la calidad de vida y en la capacidad funcional.

El manejo básico de la IC incluye la identificación y tratamiento de la causa etiológica y los factores precipitantes, la instauración del tratamiento sindrómico farmacológico y no farmacológico, y la coordinación de la atención sanitaria mediante un equipo multidisciplinar de cara al seguimiento adecuado del proceso

El envejecimiento está asociado, por tanto, con alteraciones significativas en la estructura y función cardiovascular que disminuyen la reserva homeostática y predisponen al desarrollo del gasto cardíaco lo determinan cuatro factores: frecuencia cardíaca, precarga, postcarga y

contractilidad, y los cambios asociados con el envejecimiento tienen un claro impacto sobre cada uno de ellos. En ausencia de enfermedad cardiovascular esos cambios tienen una mínima repercusión sobre la función cardíaca en reposo (la función sistólica del ventrículo izquierdo y el gasto cardíaco se conservan bien, incluso en los muy mayores). Sin embargo, una marcada reducción en la capacidad cardíaca de reserva reduce la posibilidad del corazón de responder a situaciones estresantes frecuentes, como isquemia, taquiarritmia (sobre todo fibrilación auricular), hipertensión, procesos sistémicos (como la diabetes tipo 2 o las infecciones) o ejercicio físico. Como resultado, situaciones clínicas que son generalmente bien toleradas por personas jóvenes precipitan frecuentemente IC en los ancianos.

### **Bibliografía**

Berreta, D. J. (2018). Insuficiencia cardíaca en el adulto mayor. *Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria*.

Montero, M. I. (2009). PATOLOGIA TIROIDEA EN EL ADULTO MAYOR. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*.