



Lizeth Guadalupe Ramírez Lozano

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Patologías quirúrgicas

Clínica quirúrgica

5

B

Comitán de Domínguez Chiapas a 6 de diciembre de 2024.

Hipotiroidismo

Definición

Es un trastorno producido por una inadecuada acción de las hormonas tiroideas en el organismo, cuya principal causa es su falta de producción por la glándula tiroides.

En los países sin deficiencias endémicas de yodo, la principal causa es la enfermedad tiroidea autoinmune (Tiroiditis de Hashimoto). Si bien ese es el caso de México, hay zonas del país donde existe deficiencia de yodo, siendo esta la causa más frecuente de hipotiroidismo.

Es una condición mórbida de alta prevalencia.

La incidencia se ha incrementado en los últimos años, afecta a todos los grupos etáreos, principalmente en la edad geriátrica.

Donde predominan los síntomas inespecíficos, pasando desapercibida o mal diagnosticada por un largo periodo de tiempo con implicaciones importantes en la calidad de vida, incrementa la morbimortalidad cuando acompaña a otros padecimientos médicos.

Factores de riesgo

- Mujer
- Mayor de 60 años
- Haber tenido un problema de tiroides anteriormente, como bocio
- Haber recibido radioterapia en la tiroides, el cuello o el tórax
- Tener antecedentes familiares de enfermedad de la tiroides
- Tener un trastorno genético que afecta a las mujeres
- Tener anemia perniciosa
- Tener diabetes tipo 1
- Artritis reumatoide
- Padecer lupus, enfermedad autoinmune crónica

Clasificación

- Primario: causado por un trastorno en la tiroides
- Secundario: causado por un trastorno en el hipotálamo o la hipófisis

- El hipotiroidismo subclínico: es el aumento de las concentraciones séricas de TSH en pacientes sin síntomas o con mínimos síntomas y con concentraciones séricas normales de tiroxina (T4) libre.

Fisiopatología

- Hipotiroidismo primario

La disminución de la secreción de tiroxina (T4) y triyodotironina (T3) por parte de la glándula tiroidea.

Las concentraciones séricas de T4 y T3 son bajas, y las de hormona tiroideoestimulante (TSH) están aumentadas

- Hipotiroidismo secundario

Cuando el hipotálamo produce una cantidad insuficiente de hormona liberadora de tirotropina (TRH) o cuando la hipófisis produce una cantidad insuficiente de TSH.

La secreción deficiente de TSH secundaria a una secreción deficiente de TRH se denomina hipotiroidismo terciario.

Manifestaciones clínicas

Síntomas

- Intolerancia al frío
- Astenia
- Anorexia
- Aumento de peso
- Somnolencia
- Pérdida de memoria
- Cambios en la personalidad
- Disminución en la audición y sentido del gusto
- Depresión
- Ataxia debilidad
- Dolor articular
- Calambres
- Náuseas
- Estreñimiento

- Disminución de tolerancia al ejercicio físico
- Reducción de la libido
- Disminución de la fertilidad
- Alteraciones menstruales
- Piel áspera y fría
- Cara hinchada y blanda
- Caída de vello y cabello

Signos

- Hipotermia
- Somnolencia
- Bradicardia
- Bradilalia
- Bradipsiquia
- Disminución en la audición y sentido del gusto
- Depresión
- Ataxia e hiporreflexia
- Rigidez articular
- Síndrome del túnel del carpo
- Macroglosia
- Voz gravez
- Derrame pericárdico o pleural.
- Palidez de tegumento
- Palidez de tegumentos
- Cabello reseco y quebradizo
- Alopecia de la ceja
- Edema periorbitario, cara y dorso de manos y tobillos
- Disminución del cabello
- Uñas estriadas.

Diagnóstico

La revisión física debe incluir la palpación de la glándula tiroides y en los pacientes con crecimiento tiroideo se debe solicitar perfil tiroideo (TSH y T4L) aun cuando se encuentren asintomáticos

Paciente con nódulo palpable no tóxico deberá enviarse al servicio de endocrinología para valoración y estudios complementarios:

Ultrasonido de tiroides y biopsia con aguja fina de ser necesario

Requiere la determinación de ambas hormonas: hormona estimulante de tiroides (TSH) y tiroxina libre (T4L)

La confirmación del diagnóstico se realiza con una determinación de TSH (sobre el valor normal habitualmente 4.5 mU/L)

TSH >10mUI/mL y T4L <0.9ng/dl para el hipotiroidismo primario

De encontrarse TSH <1UI/mL y T4L <0.9ng/dl para hipotiroidismo secundario

Tratamiento

Ante un diagnóstico de hipotiroidismo primario se debe de iniciar sustitución con hormonas tiroideas (levotiroxina)

Iniciar dosis de levotiroxina 1.6mc/kg/día o dosis entre 100-150mcg por día y mantener la determinación de TSH sérica entre 0.5 a 4.5mUI/ml

En el adulto mayor se debe iniciar con dosis menores de levotiroxina de 12.5mcg/día y en forma lenta cada 15 días su incremento para evitar el desarrollo de fibrilación auricular y riesgo cardiovascular.

Iniciar sustitución de tiroxina 1.6-1.8 mcg/kg/día o dosis de 25mcg diarios por 2 semanas con reevaluación para incremento de dosis cada 2-4 semanas hasta llegar al eutiroidismo clínico y bioquímico.

Repetir pruebas de función tiroidea 8-12 semanas después de inicio de tratamiento.

Bibliografía

Guía de práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento de Hipotiroidismo Primario en Adultos