



Universidad del Sureste

Campus Comitán

Medicina Humana



Nombre del alumno:

Elena Guadalupe Maldonado Fernández



Materia:

Geriatría

Grado: 6

Grupo: A

Nombre del profesor:

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez a 10 de octubre 2024



Universidad del Sureste
Campus Comitán
Medicina Humana



Nombre del alumno:

Elena Guadalupe Maldonado Fernández

PASION POR EDUCAR

Materia:

Geriatría

Grado: 6

Grupo: A

excelente



Nombre del profesor:

Dr. Romeo Suarez Martinez

Comitán de Domínguez a 27 de septiembre del 2024



Universidad del Sureste

Campus Comitán

Medicina Humana



excelente

Nombre del alumno:

Elena Guadalupe Maldonado Fernández



PASIÓN POR EDUCAR

Materia:

Geriatría

Grado: 6

Grupo: A

Nombre del profesor:

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez a 04 de octubre del 2024



Universidad del Sureste
Campus Comitán
Medicina Humana



Nombre del alumno:

Elena Guadalupe Maldonado Fernández



PASIÓN POR EDUCAR

Materia:

Geriatría

Grado: 6

Grupo: A

Nombre del profesor:

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez a 08 de octubre del 2024

Patología tiroidea

Cambios morfológicos

- Atrofia
- Fibrosis
- ↓ peso total
- ↑ tej. interfolicular.

Tabla 1. Cambios fisiológicos en el tiroides relacionados con el envejecimiento.

Aclaramiento renal de yodo	↓
Aclaramiento tiroideo de yodo	↓
Producción total de T4	↓
Degradación de T4	↓
Concentración de T4 en suero	=
Concentración de TBG (globulina fijadora de tiroxina) en suero	=
Concentración de T3	↓
Concentración de rT3 en suero	=
La respuesta de la TSH a la TRH	↓ = ↑
Variación diurna de TSH	↓

Hipertiroidismo

- 2% de ancianos lo padecen.
 - Enf. Graves
 - Bocio tóxico multinodular
 - Adenoma tóxico.
- + frec.

Tabla 3. Causas de hipertiroidismo en el anciano.

Por aumento de producción de hormonas tiroideas:
Bocio multinodular tóxico.
Enfermedad de Graves.
Adenoma tóxico.
Secreción aumentada de TSH (rara).
- Adenoma hipofisario secretor de TSH.
- Resistencia hipofisaria a hormona tiroidea.
Tratamiento con amiodarona (mecanismo tipo I).
Por destrucción glandular:
Tiroiditis aguda o subaguda.
Tratamiento con amiodarona (mecanismo tipo II).
Otras causas:
Excesivo aporte de hormonas tiroideas (iatrogénica).
Tirotoxicosis facticia.
Inducida por yodo.
Metástasis de carcinoma tiroideo.

Tabla 4. Manifestaciones clínicas del hipertiroidismo en el anciano.

Síntomas	Signos
Angina de pecho	Temblor
Anorexia	Miopatía
Debilidad muscular	Letargia
Molestias GI inespecíficas	Agitación
Pérdida de peso	Arritmias cardíacas
Diarreas crónicas	Insuficiencia cardíaca congestiva
Fatiga	Taquicardia SV
Apatía	Fibrilación auricular crónica
	Fibrilación auricular paroxística
	Malnutrición
	Confusión
	Demencia
	Depresión
	Labilidad emocional
	Ausencia de bocio
	Ausencia de manifestaciones oculares

Tx. Hipertiroidismo

- Radioyodo (¹³¹I) → Tx. de elección en el anciano
 - Antitiroideos de síntesis → Metimazol 10-30 mg/24h (2-3 tomas diarias +).
- Propiltiouracilo 200-400 mg/24h (repartir 3-4 tomas diarias).

Efectos adu: prurito, erupciones, artralgias, fiebre, leucopenia transitoria.

- Cirugía: Indicado en el dx. y tx. cáncer de tiroides, al aparecer síntomas secundarios al bocio o a nódulos solitarios hipofuncionantes.

Sx. eutiroides enfermo

- Enf. en la que los niveles de T3 y/o T4 están por debajo de los niveles séricos normales pero sin hipo o hipertiroidismo.
- Consecuencia de enf. agudas como cirugía, ayuno, malnutrición, insuficiencia renal.
- Los niveles hormonales tienden a normalizarse con la resolución del proceso agudo, no se necesita la admin. de levotiroxina.
- NO se trata con suplementos hormonales.

Hipotiroidismo

- Estado clínico resultante del déficit periférico de hormona tiroidea.
- + frec. en mujeres.

• Etiología:

1. Primaria: Fracaso en la prod. tiroidea intrínseca.
2. Secundaria: Déficit de la secreción de TSH.
3. Terciaria: Fracaso hipotalámico en la prod. TRH.

• Enf. de Hashimoto (Irido):

- Destrucción parenquimatosa mediada por anticuerpos.

Tabla 5. Causas de hipotiroidismo en el anciano.

Hipotiroidismo primario	
Tiroiditis autoinmune	
Tiroiditis crónica atrófica	
Hipotiroidismo yatrogénico	
Ablación tiroidea quirúrgica o por radioyodo	
Radioterapia cervical	
Tratamiento antihipotiroidismo	
Fármacos con yodo (contrastes radiológicos, amiodarona y antisépticos tópicos, entre otros)	
Otros fármacos (carbonato de litio, interferón)	
Tiroiditis subaguda	
Tiroiditis silente	
Deficiencia de yodo	
Enfermedades infiltrativas (amiloidosis, hemocromatosis)	
Hipotiroidismo central	
Tumores del sistema nervioso central	
Radioterapia	
Traumatisms craneales	
Quirugías	
Enfermedades infiltrativas del sistema nervioso	

Dx. hipotiroidismo primario

- E3 sérica ↓ de tiroxina libre
- ↑ de tirotrópina.
- Tiroiditis autoinmune → medición de anticuerpos antihipotiroidismo:
 - * ANTIPEROXIDASA
 - * ANTITIROGLOBULINA

Tx. hipotiroidismo primario

- Levotiroxina sódica: 12.5-25 al día oral en ayunas.
- Monitorizar valores cada 4-6 semanas.
- P.dosis 12.5 µg. cada 4/6 semanas.

* Coma mixedematoso

- En ancianos con hipotiroidismo de larga evolución.
- Deteriora rápidamente el nivel de consciencia e induce a shock.
- Desencadenado por enf. médica (infección, IAM, uso de opioides).
- Tx: Levotiroxina IV (1 bolo): 300-500 µg seguido de 50-100 µg por día.

* Hipotiroidismo subclínico

- Nivel sérico elevado de TSH con valores normales de T3 y T4, en presencia de muy pocos o ningún síntoma de hipotiroidismo.
- Cuando la TSH > 10 mU/ml = sustitución hormonal.

Tabla 6. Manifestaciones clínicas del hipotiroidismo en los ancianos.

Cutáneas	Piel seca y áspera. Pelo débil y frágil. Alopecia difusa. Edema facial, palpebral, de manos y pies (mixedema). Intolerancia al frío.
Neurológicas y psiquiátricas	Parestesias. Calambres musculares. Ataxia. Polineuropatía. Bradipsiquia. Apatía. Deterioro cognitivo (déficit en atención y funciones ejecutivas). Depresión. Síntomas psicóticos.
Cardiovasculares	Bradicardia. Derrame pericardio. Insuficiencia cardíaca. Hipertensión diastólica.
Respiratorias	Disnea de esfuerzo. Apnea del sueño.
Endocrino-metabólicas	Ganancia de peso. Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Edema periférico. Hiponatremia.
Musculoesqueléticas	Miopatía, mialgias, fatigabilidad. Artralgias, artritis, rigidez articular. Síndromes compartimentales.
Digestivas	Estreñimiento.
Hematológicas	Anemia microcítica no asociada a déficit de hierro (también puede ser macrocítica).
Otros	Sordera. Voz ronca.