



Síntomas difusos que pasan desapercibidos

Una de las patologías que más inadvertida pasa en las consultas médicas es el hipotiroidismo subclínico, que puede llegar a afectar al 8-10% de la población femenina. Sus difusos síntomas y la escasa importancia que se les concede provoca que muchas mujeres –que son las mayormente afectadas– vivan en un permanente estado de cansancio, con dolores musculares y recurrentes episodios de somnolencia. El aumento de peso, otro de los síntomas más habituales, es considerado como algo inherente a la cercanía de la menopausia –edad en la que es más habitual el hipotiroidismo subclínico–, con lo que la enfermedad está infra-diagnosticada y quienes la padecen asumen que deben conformarse, cuando lo adecuado sería que un endocrino estudiara su caso.

Síntomas poco específicos

Ubicada en la parte anterior del cuello, debajo de la laringe, la glándula tiroidea segrega unas hormonas que regulan numerosas funciones del organismo, de ahí que su buena marcha sea esencial. Las hormonas tiroide-

as clave son la tiroxina (T4) y la triyodotironina (T3). A su vez, el funcionamiento del tiroides está regulado principalmente por la TSH, una hormona estimulante producida por la hipófisis, pequeña glándula situada en la base del cerebro. Cuando aumenta la actividad de la tiroidea se habla de hipertiroidismo y cuando baja por debajo de lo normal de hipotiroidismo. Ambas disfunciones cursan con síntomas claros y evidentes que permiten un diagnóstico basado en la sintomatología y confirmado por exploraciones y análisis de sangre. Pero en muchas ocasiones hay una menor actividad tiroidea, tan discreta y sutil, que los síntomas son poco evidentes y específicos. Incluso puede no haber síntomas, lo que ha obligado a elaborar un nuevo concepto, el del hipotiroidismo subclínico.

¿Qué es el hipotiroidismo subclínico?

Se define como la alteración en que la TSH se encuentra elevada y las hormonas tiroideas, T3 y T4, dentro de la normalidad. Se trata, por tanto, de un concepto bioquímico y dentro de él

hay varios grados en función del aumento de la TSH. Este trastorno ocurre en un porcentaje de población que varía entre el 5% y el 13,2% en los estudios realizados. Es más frecuente entre las mujeres a partir de los 40 años, grupo en el que se han encontrado prevalencias del 8-10%. En mujeres mayores de 60 años afecta a más del 12%, e incluso algunos estudios apuntan a que podría llegar al 30%. En los hombres la prevalencia es inferior y se puede decir que la proporción respecto a las mujeres es de uno a cuatro.

No está claro por qué las mujeres lo padecen más, pero parece que se relaciona con los niveles de estrógenos y cambios hormonales, y se apunta como posible causa al paso de células del feto a la madre durante el embarazo (el periodo post parto es también propenso a la aparición de este hipotiroidismo). Estas células ‘extrañas’ provocan la formación de anticuerpos contra el propio tiroides, una forma de enfermedad autoinmune. De hecho, la tiroiditis de Hashimoto, una patología autoinmune en la que el sistema inmunológico ataca y destruye las

propias células, es la causa más frecuente de hipotiroidismo en niños y adolescentes en áreas sin déficit de yodo. Y es que el yodo es fundamental para la formación de hormonas tiroideas; el defecto de yodo es la causa más frecuente de hipotiroidismo y bocio en el mundo. Por ello conviene garantizar el aporte de yodo al organismo.

Síntomas

Por definición, el término subclínico implica la ausencia de síntomas, pero en realidad esto no es así en la mayoría de los casos. Numerosos estudios han evidenciado que las personas afectadas sufren una serie de síntomas que suelen atribuir al estrés, cansancio, falta de vitaminas o al exceso de trabajo, por lo que pocas veces acuden al médico.

Las hormonas tiroideas, la T3 y la T4, dan 'vida' a diferentes órganos del cuerpo y su déficit, aunque sea mínimo, produce una ralentización de esas funciones. Por ello, los síntomas que aparecen pueden ser muy variados y muchos de ellos se han achacado al hipotiroidis-

mo. Pero diversos estudios coinciden en los síntomas realmente asociados a una menor función tiroidea: dolores musculares, cansancio o astenia, sequedad de piel, aumento de peso, somnolencia, alopecia y caída del cabello.

No se ha encontrado todavía una asociación significativa con los siguientes síntomas: pérdida de memoria, sordera, estreñimiento, depresión, intolerancia al frío y síndrome de apnea obstructiva del sueño. No obstante, estas últimas manifestaciones aparecen con más frecuencia en personas con hipotiroidismo, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas respecto a grupos control.

Una alteración que sí se asocia de forma clara al hipotiroidismo subclínico es la del metabolismo lipídico. En las personas afectadas hay un incremento del colesterol total y de los triglicéridos, y parece que también, aunque este punto no está muy claro, disminuye el HDL-colesterol (colesterol bueno) y aumenta el LDL-colesterol (colesterol malo). Como consecuencia de esta al-

teración lipídica se incrementaría el riesgo cardiovascular. Algunos estudios confirman que el hipotiroidismo subclínico es un fuerte indicador de riesgo cardiovascular, pero otros no han encontrado diferencias y este tema está actualmente en estudio y debate.

Así pues, la necesidad de detectar los casos de hipotiroidismo subclínico viene determinada por lo beneficioso que puede ser el tratamiento y porque algunas formas pueden evolucionar hacia insuficiencia tiroidea clara y evidente, y pasar de subclínico a clínico.

Diagnóstico

Se basa en la determinación de hormonas T3, T4 y TSH, y hay que hacerlo cuando se presentan síntomas inespecíficos en mujeres de más de 40 años, hay antecedentes de hipotiroidismo congénito en tratamiento, se ha tenido hipertiroidismo tratado, hay antecedentes de irradiación del cuello, de cirugía o irradiación de la hipófisis y se sigue tratamiento con amiodarona o litio. ◀



ES MÁS
FRECUENTE
ENTRE
LAS MUJERES
CON MÁS
DE 40 AÑOS

Tratamiento

Se considera que debe tratarse cuando:

- Los niveles de TSH son superiores a 10-20 mU/L
- Hay presencia de bocio (aunque no hay unanimidad en este punto)
- Hay sintomatología (dolores musculares, cansancio, alopecia...)
- Se asocia a la presencia de anticuerpos antiperoxidasa (en este

caso las probabilidades de evolucionar hacia un hipotiroidismo franco y evidente son elevadas)

- Hay hipercolesterolemia y alteración de las fracciones lipídicas, si bien este punto es también objeto de controversia, aunque a la luz de la evidencia disponible parece razonable tratarlo por lo menos hasta ver la respuesta al tratamiento.

El tratamiento con hormona tiroidea, levotiroxina, en la mayoría de los pacientes es para siempre y requiere controles rigurosos del perfil hormonal, ya que tanto la sobredosificación como las dosis bajas podrían tener consecuencias y no garantizar los niveles hormonales adecuados. Si la dosis es la adecuada no hay efectos secundarios significativos.