

HIPERTIROIDISMO: TRATAMIENTO

El tratamiento del hipertiroidismo depende de la causa del mismo.

Hipertiroidismo por enfermedad de Graves

Hay tres tipos diferentes de tratamiento: el tratamiento médico (fármacos antitiroideos), el radioyodo (^{131}I) y la cirugía.



La elección de cada uno de ellos depende de factores como la edad del paciente, la severidad del hipertiroidismo, el tamaño del bocio y la afectación ocular, entre otros.

1.- Tratamiento médico: se utilizan los fármacos antitiroideos (metimazol, carbimazol y propiltiouracilo). Tienen la capacidad de reducir la producción de las hormonas tiroideas por el tiroides.

Generalmente se administra metimazol, excepto en los 3 primeros meses de la gestación, momento en el que se usa propiltiouracilo y, a partir de esa fecha, se cambia a metimazol. El tiempo de tratamiento es variable y puede oscilar entre 6-18 meses. La tolerancia, generalmente, es buena y los efectos adversos más frecuentes son el picor y las erupciones cutáneas, que pueden ceder con antihistamínicos, si son leves. Los efectos adversos graves, aunque infrecuentes son la agranulocitosis (disminución severa del número de leucocitos) y la afectación aguda del hígado (hepatitis tóxica). En caso de fiebre alta y/o dolor faríngeo durante el tratamiento con antitiroideos se recomienda hacer analítica urgente para descartar la agranulocitosis. Tras un ciclo de tratamiento con antitiroideos se curan aproximadamente el 50-60% de los pacientes. En el caso de recidiva o persistencia del hipertiroidismo se puede optar por otro ciclo de tratamiento con antitiroideos o bien por un tratamiento definitivo con radioyodo o cirugía.

Para controlar los síntomas del hipertiroidismo como la taquicardia y las palpitaciones se utilizan otros fármacos denominados beta-bloqueantes (propranolol o atenolol). Se emplean de forma transitoria (habitualmente menos de 1 mes) tras el diagnóstico hasta que hacen efecto terapéutico los antitiroideos.

2.- Radioyodo (¹³¹I). El tratamiento con radioyodo en la enfermedad de Graves se utiliza generalmente cuando fracasa el tratamiento médico o bien cuando aparecen complicaciones severas secundarias al tratamiento con antitiroideos. No se debe prescribir en mujeres gestantes o lactantes. Se suele administrar en dosis única (10-15 mCi) por vía oral, aunque en ocasiones puede ser necesaria la administración de más dosis. Es preciso seguir unas recomendaciones de radioprotección proporcionadas por el Servicio de Medicina Nuclear. Se recomienda realizar una analítica a las 4-6 semanas para valorar el efecto del radioyodo. En el caso de que el hipertiroidismo persista más allá de 6 meses, estaría indicada una nueva dosis. La tolerancia, generalmente, es buena. En algunos países como EEUU se considera como tratamiento inicial de elección.

3.- Cirugía. Está indicada ante la presencia de grandes bocios, con síntomas compresivos locales, sospecha de malignidad, deseo gestacional a corto plazo y afectación ocular severa. Se realiza la extirpación total del tiroides (tiroidectomía total). Las principales complicaciones quirúrgicas, aunque infrecuentes, son la reducción del calcio en sangre como consecuencia de la extirpación de las glándulas paratiroides (hipoparatiroidismo postquirúrgico) y la afectación de las cuerdas vocales (lesión del nervio laríngeo recurrente). Tras la cirugía es necesario el tratamiento con hormonas tiroideas de por vida.

Hipertiroidismo por bocio multinodular hiperfuncionante

Se recomienda tratamiento definitivo con radioyodo o cirugía. El radioyodo se emplea en pacientes de edad avanzada, con enfermedades asociadas o cirugía previa. Las dosis oscilan entre 10-30 mCi. En caso de persistencia del hipertiroidismo más de 6 meses conviene repetir el tratamiento. La cirugía se emplea cuando hay síntomas compresivos cervicales, bocios de gran tamaño y sospecha de malignidad. Se puede realizar una extirpación completa (tiroidectomía total) o casi completa (tiroidectomía subtotal) del tiroides. Tras la cirugía es necesario el tratamiento con hormonas tiroideas de por vida en todos los pacientes tratados mediante tiroidectomía total.

Hipertiroidismo por adenoma tiroideo tóxico

La terapia con radioyodo es el tratamiento de elección. Cuando se emplea la cirugía se realiza la extirpación de la mitad del tiroides (hemitiroidectomía) donde se encuentra el

nódulo. Tras la cirugía es posible que no se necesite tratamiento con hormonas tiroideas si el resto tiroideo remanente es funcionante.

Tanto en el bocio multinodular hiperfuncionante como en el adenoma tiroideo tóxico el empleo de antitiroideos -aunque pueden controlar el hipertiroidismo- no se asocia a curación definitiva. Puede considerarse el tratamiento crónico en los pacientes de edad avanzada con esperanza de vida reducida que no sean candidatos a radioyodo o cirugía.

Hipertiroidismo por tiroiditis

El tratamiento depende de la causa. En general solo se necesita tratamiento médico transitorio con beta-bloqueantes para el control de los síntomas del hipertiroidismo.

Información elaborada por Dr Pedro Iglesias (Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid) en representación del Área de Trabajo TIROSEEN.