HIPERTIROIDISMO

Amaya Barragán Angulo. Adjunto del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
María Elena López Alaminos. Adjunto del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
Francisco Javier Acha Pérez. Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción

El hipertiroidismo es el estado clínico que resulta del exceso de hormonas tiroideas. La incidencia en Europa es de 51,04 por 100.000 habitantes/año. Existen diversas causas, siendo la más frecuente la enfermedad de Graves-Basedow, seguida del bocio multinodular tóxico. El diagnóstico etiológico es primordial para decidir el manejo terapéutico correcto.

La enfermedad de Graves-Basedow es una enfermedad sistémica autoinmune causada por anticuerpos IgG circulantes que se unen y activan la proteína G del receptor de la TSH. Representa el 60-80% de todas las causas. La distribución por sexo es claramente femenina, con una relación 10:1, con pico de incidencia de 40-60 años.

Causas

El hipertiroidismo puede clasificarse según su origen:

1. Enfermedades primarias tiroideas:
- Enfermedad de Graves-Basedow (EGB).
- Bocio multinodular/adenoma tóxico.
- Tiroiditis.
- Efecto Jod-Basedow.
- Hipertiroidismo por fármacos.
- Mutación activadora proteína Gs.
- Mutación activadora del receptor TSH.

2. Hipertiroidismo extratiroideo:
- Adenoma productor de TSH.
- Resistencia a las hormonas tiroideas.
- Elevación de β-hCG: coriocarcinoma, mola hidatiforme, hiperémesis gravídica.
- Tirotoxicosis facticia o sobretratamiento.
- Tejido tiroideo ectópico: metástasis, cáncer folicular o estruma ovárico.

Clínica

Insomnio, irritabilidad, labilidad emocional

Pérdida ponderal 52-85%
Intolerancia al calor 41-89%
Fatigabilidad 44-88%

Ginecomastia

Temblor 40-97%

Manos calientes y húmedas 72-76 %

Osteoporosis
Edad ósea adelantada
Irregularidades menstruales

Bocio tiroideo

Hiperdefecación
Hiperfagia

Taquicardia 58% Fibrilación auricular 29%

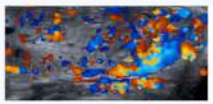
Crisis tirotóxica:
Expresión de todos los síntomas de tirotoxicosis que llegan a desencadenar: disfunción multiorgánica, cerebral, cardiovascular y hepática y con un signo común que es la fiebre.
Mortalidad de 10-30%.

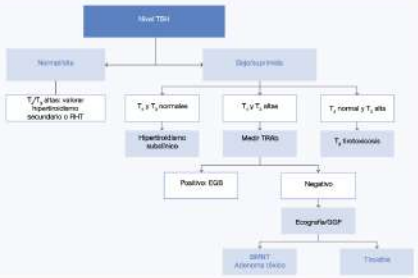
Existen síntomas específicos de la enfermedad de Graves-Basedow:

Orbitopatía. Dermopatía y acropaquias.

Diagnóstico

- Anamnesis: historial de síntomas, antecedentes personales y familiares
- Exploración física: auscultación y palpación del tiroides. Toma de temperatura, presión arterial y frecuencia cardíaca. Movimientos oculares.
- Laboratorio:
  - Niveles suprimidos o bajos de TSH y elevación de T4 libre (T4L) y T3 libre (T3L). Se denomina hipertiroidismo subclínico a los niveles suprimidos de TSH y normales de T3L y T4L.
- Pruebas de imagen: gammagrafía (GGT) y ecografía tiroidea.





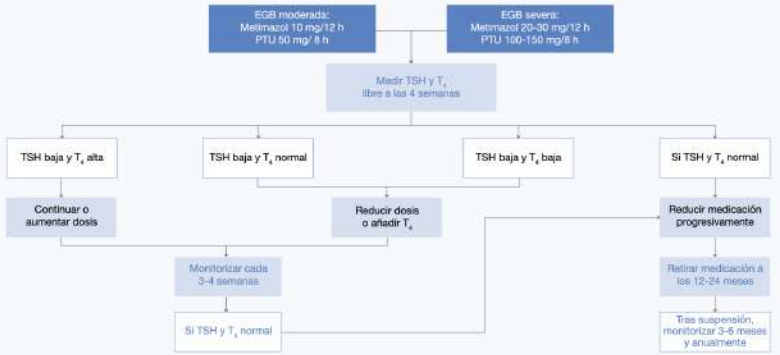
Típico en enfermedad Graves-Basedow:

- Anticuerpos antitiroideos (TRAb) positivos
- GGT: hipercaptación difusa
- Ecografía: vascularización aumentada

Tratamiento de la enfermedad de Graves-Basedow:

Los antitiroideos (AT), radioyodo y la cirugía son las posibilidades actualmente:

- La primera línea del tratamiento son los AT; el metimazol es el más utilizado en España. Utilizando el propiltiouracilo (PTU) de segunda línea o primer trimestre de gestación.
- Efectos secundarios más frecuentes: exantema, urticaria, artralgias. Muy raros: agranulocitosis, hepatitis y vasculitis.
- El tratamiento debe mantenerse 12-18 meses.
- Si aparecen efectos secundarios o imposibilidad de retirada de los AT por persistencia, se debe valorar la terapia con cirugía o radioyodo.



Tirotoxicosis y gestación:

- Es primordial diferenciar entre hipertiroidismo gestacional transitoria (no tratamiento) o enfermedad de Graves-Basedow.
- En la enfermedad de Graves-Basedow, el PTU será el fármaco de elección en primer trimestre y metimazol, posteriormente.
- Se debe mantener el nivel de T4L en el límite superior con la menor dosis farmacológica posible.
- Se debe medir la T4L y la TSH cada 2-4 semanas al inicio del tratamiento y cada 4-6 semanas cuando la paciente esté en objetivos.
- La medición de TRAb se realizará al inicio de la gestación y a las 18-22 semanas, atraviesan la placenta, y altos valores se han asociado a mayor riesgo fetal.

No olvides...

1. El hipertiroidismo es debido al aumento de hormonas tiroideas. La enfermedad de Graves-Basedow es la causa más frecuente.
2. Es primordial realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre todas las causas.
3. Actualmente el tratamiento de elección son los fármacos de antitiroideos, relegando el tratamiento con radioyodo o cirugía en casos refractarios o efectos secundarios.
4. Se debe realizar un seguimiento muy estrecho en la enfermedad de Graves-Basedow en el embarazo, sobre todo si los TRAb están elevados por la posible afectación neonatal.
5. La crisis tiroidea es una emergencia clínica con alto riesgo de mortalidad.