



¿Cuándo hay que tratarlo?

La decisión de tratamiento es individualizada, dependiendo de la causa que provoque la alteración, la edad y las características del paciente.

- En general valores de TSH (tirotropina, hormona de la hipófisis que regula la función del tiroides) elevados (TSH > 10-12 mU/L) aun con normalidad de la hormona tiroidea (T4), indican la necesidad de tratamiento.
- Hay valores discretamente elevados de TSH (6-10 mU/L), que pueden requerir una nueva evaluación en unos meses para ver su evolución antes de decidir iniciar el tratamiento.

¿Cómo se trata?

Se trata con hormona tiroidea (L-Tiroxina), que es un compuesto sintético similar a la hormona natural. Su administración es oral en dosis única por la mañana, es preferible en ayunas y evitar ingerirla con calcio o hierro que pueden alterar su absorción. Se ajusta la dosis con una analítica que se suele repetir cada 6 meses en época de crecimiento y posteriormente anualmente.

¿Cual es su evolución?

La evolución depende mucho de la causa que lo ha motivado. Hay que comprobar que la alteración es persistente en el tiempo y analizar los factores desencadenantes.

Hay factores de riesgo que indican que el paciente probablemente no padezca una alteración transitoria sino persistente: tiroiditis de Hashimoto, pacientes con Sd Down, cirugía tiroides, bocio.

El riesgo de evolución hacia la instauración de un hipotiroidismo, en caso que decidamos no tratarlo, es mayor en pacientes con factores de riesgo, por lo que son pacientes que deben realizar seguimiento a largo plazo.

INFORMACIÓN
PARA PACIENTES

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO

en la edad pediátrica



Paula Casano
Susana Ares
María Alija

en representación
del Grupo de trabajo
de Tiroides de la SEEP

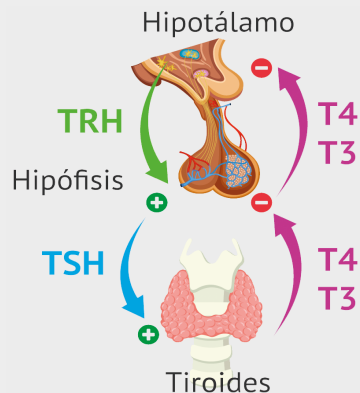
Febrero 2023



¿Qué es el tiroides?

Es una glándula situada en la parte central del cuello por delante de la traquea, y justo por debajo del cartilago cricoides. El tiroides sintetiza las hormonas tiroideas, estas tienen múltiples funciones en el organismo (imprescindibles para el desarrollo fetal, crecimiento y función cerebral en la infancia, controla funciones del metabolismo y energía, regula también diferentes órganos como el corazón, los músculos, el aparato digestivo).

Habitualmente el tiroides no se palpa cuando es de tamaño normal. Si esta glándula aumenta de tamaño, y se puede palpar, se denomina *bocio* y ello requiere estudios complementarios para averiguar la causa que motivó este aumento de tamaño.



HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO

El **hipotiroidismo** se refiere a una concentración disminuida de hormonas tiroideas en sangre y su clínica acompañante [cansancio, aumento de peso, disminución del apetito, sueño, sensación de frío, sequedad de la piel].

Hipotiroidismo:
T4 libre (Tiroxina) ↓ TSH (Tirotropina) ↑

El término de **hipotiroidismo subclínico**, hace referencia a un estado previo al hipotiroidismo clínico, en el que se detecta una alteración de las hormonas tiroideas, sin llegar a estar disminuidos sus niveles en sangre (T4 tiroxina la hormona que sintetiza el tiroides, está en niveles normales), pero la TSH- tirotropina sintetizada por la hipófisis para controlar el tiroides, se encuentra elevada, indicando que hay un intento de compensación de nuestro organismo para evitar el hipotiroidismo y sin que todavía haya dado síntomas en la mayoría de ocasiones.

Hipotiroidismo subclínico:
T4 libre (Tiroxina) normal
y TSH Tirotropina ↑

¿Qué síntomas puede presentar el paciente?

Por definición es subclínico, es decir no suele dar síntomas evidentes.

¿Cuál es su causa?

Hay múltiples causas que pueden llevar a una alteración de la función del tiroides. Entre las causas más frecuentes están: **déficit de yodo** (nutriente imprescindible para producir hormonas tiroideas) y la **tiroiditis autoinmune** (el paciente genera anticuerpos contra su propio tiroides

haciendo que se inflame y con el tiempo no funcione adecuadamente).

También algunos **medicamentos** pueden interferir en la función del tiroides (valproato, litio, amiodarona).

Existen también alteraciones congénitas que producen ausencia o localización anómala de la glándula tiroides o una disfunción de esta, que son diagnosticadas habitualmente en el periodo neonatal con la prueba del talón o más raramente en la etapa infanto-juvenil; se trata en estos casos de lo que denominamos **hipotiroidismos congénitos**.

La **tiroiditis autoinmune** es muy frecuente en la población (hasta un 5% de la población lo puede presentar), su incidencia aumenta partir de la adolescencia, y es más frecuente en mujeres y en pacientes con patología autoinmune propia o en su familia (tiroiditis, artritis reumatoide, diabetes tipo 1...).

ANATOMÍA DE LA TIROIDES Y LA PARATIROIDES

