

# Hipotiroidismo subclínico en niño y adolescente: ¿tratar o no tratar?

Lorea Ruiz Pérez

Sección de Endocrinología infantil



Respecto a esta conferencia

# Hipotiroidismo subclínico en niño y adolescente: ¿tratar o no tratar?

No hay potenciales conflictos de intereses que declarar.



# INTRODUCCIÓN

- Trastorno frecuente en todas las edades
- Su presencia aumenta a medida que avanza la vida
  
- Incidencia: 5-6 nuevos casos/ 6000 nacimientos
- Población general: 4 – 10%
- Adolescentes < 2%



# DEFINICIÓN

- TSH aumentado ( $< 10$   $\mu\text{u/L}$ )
- T4 libre normal
- Importante valores referencia laboratorio.  
Límite superior TSH: 4,5 – 5  $\text{mU/L}$

¡¡DISTINTO A LOS ADULTOS!!

- Determinación 6 – 8 semanas
- ASINTOMATICOS



# DEFINICIÓN

- Nuevas técnicas
- Variaciones intra / interindividuos.
- Variables demográficas



# CAUSAS

- Proceso fisiológico transitorio
- Enfermedad extratiroidea
- Obesidad
- CIR
- Fármacos / alimentos



# CAUSAS

ANTITIROIDEOS: metimazol.	SULFONILUREA
FCOS CON ALTO CONTENIDO EN YODO: amiodarona, contrastes yodados, desinfectantes.	PSICOTROPOS: Ac. Valproico, Fenitoína.
TIONAMIDAS	DOPAMINA, METFORMINA, PROPANOLOL
LITIO	CARBAMACEPINA
CITOCINAS	GLUCOCORTICOIDES
	FUROSEMIDA



# HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO Y OBESIDAD

- Asociación clínica más frecuente
- Generalmente entre 5 – 10 mU/L
- Frecuentes tratamientos
  
- Aumento de peso: HS
- Reducción peso: normalización TSH
  
- HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO:  
CONSECUENCIA Y NO CAUSA DE LA  
OBESIDAD
  
- Tratamiento: no indicado



# EVOLUCIÓN

- Normalización
- Estabilización de los valores de TSH
- Desarrollo de un hipotiroidismo



# NATURAL HISTORY OF THYROID FUNCTION TEST OVER 5 YEARS IN A LARGE PEDIATRIC COHORT. J Clin Endocrinol Metab 2009; 94(5): 1678-82.

-121.052 niños.

-3510 tenían TSH entre 5 – 10mU/L: 73,6% normalizados tras 5 años de seguimiento.

-484 tenían TSH > 10mU/L: 40% normalizados tras 5 años de seguimiento.

-Sólo 0,4% (14) desarrolló hipotiroidismo con niveles bajos T4l.



riesgo de desarrollar hipotiroidismo SOLO se incrementaba con TSH > 7.5 mU/L.



# EVOLUCIÓN

Los casos con mayor riesgo de evolución hacia un hipotiroidismo son:

- Pacientes que presentan marcadores de autoinmunidad positivos
- Pacientes con enfermedad tiroidea previa.
- Pacientes con tratamientos antitiroideos previos
- Pacientes que presentan cifras de TSH superiores a 10 mU/L



# TRATAMIENTO

- No hay consenso sobre el tratamiento con niveles de TSH entre 5 y 10 mU/L.
- Considerar el tratamiento en:
  - valores ascendentes
  - alteración ecogénica, bocio
  - presencia de anticuerpos antitiroideos
  - síndrome Down, Turner...



# TRATAMIENTO

- El curso clínico es variable
- Puede evolucionar favorablemente y remitir en la adolescencia
- Estudios prospectivos realizados:  
bajo riesgo evolución hipotiroidismo



# CONCLUSIÓN

- ¿CÓMO DIAGNOSTICARLO?
  - \* Determinación TSH (4,5 – 5 mU/L) + T4I (normal)
  - \* Descartar otras causas de hipertirotrópinemia
  - \* Confirmar cifras --- 6-8 semanas
  
- ¿CÓMO EVOLUCIONAN?
  - \* Normalización
  - \* Valores estables
  - \* Desarrollo hipotiroidismo definitivo



# CONCLUSIÓN

- Hipotiroidismo subclínico:

\*Ac antitiroideos positivos: control cada 3 mese.

-si TSH estable: no tto

-si bocio impte / aumento TSH /disminución T4l: tto

\*Ac antitiroideos negativos:

-si obesidad: normas dietéticas y ejercicio físico

-no obesidad: control cada 6 meses / 1 año



