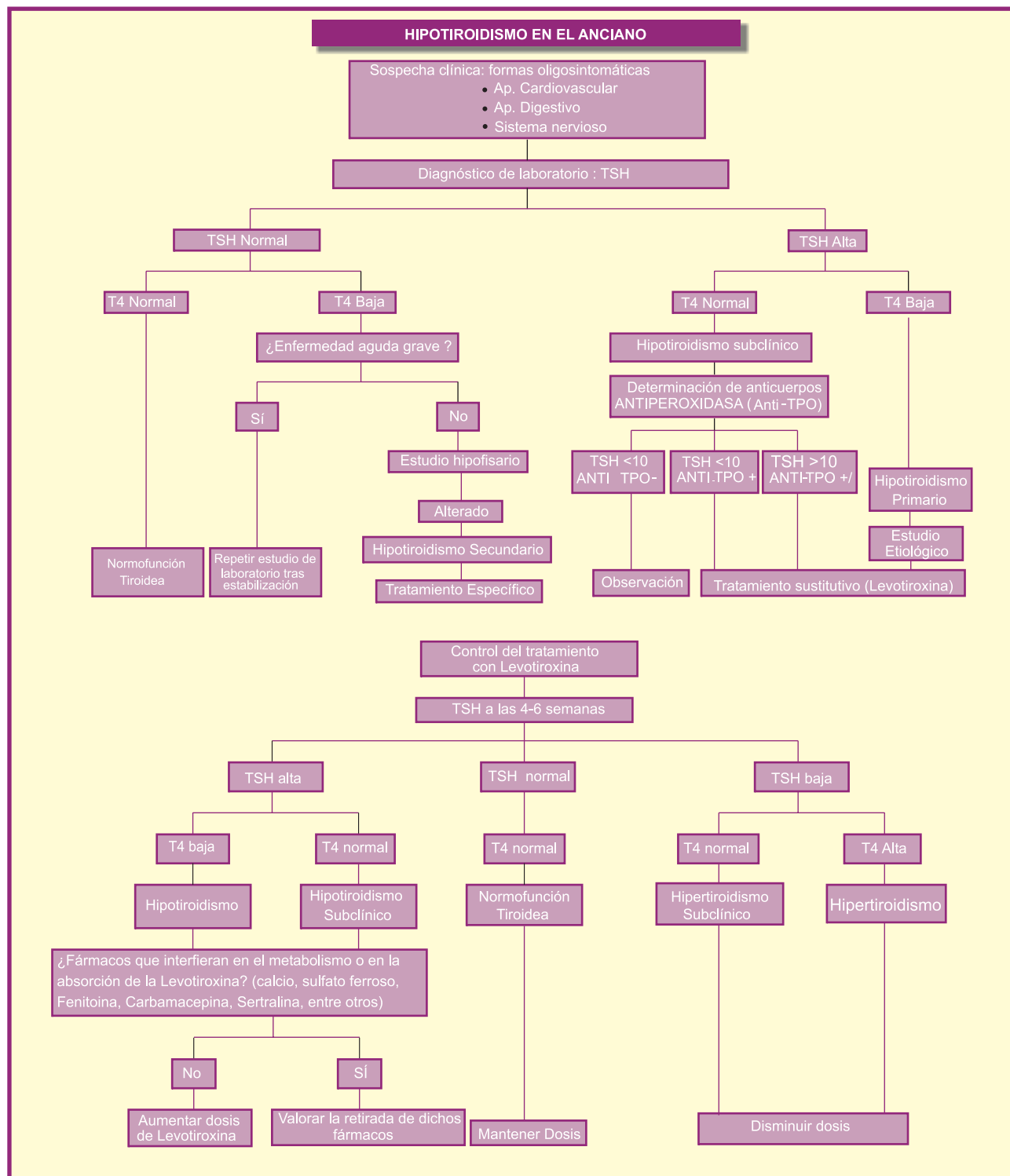


Hipotiroidismo en el anciano

M^a Pilar García, Olga Vázquez, Antoni M^a Cervera

Servicio de Geriátria IMAS, Centre Fòrum de l'Hospital del Mar, Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza. Institut d'Atenció Geriàtrica y Socio-sanitària (IAGS-IMAS), Barcelona.

Correspondencia: Dra. M^a Pilar García. Servicio de Geriátria IMAS. Centro Fòrum de l'Hospital del Mar Lull, 410. 08019 Barcelona. Email: 9321@imas.imim.es



Hipotiroidismo en el anciano

Las alteraciones en la función tiroidea son muy frecuentes en el anciano: en el caso del hipotiroidismo se estima una prevalencia de un 1 a un 6 %. Se trata de patologías que a menudo quedan sin diagnosticar debido, fundamentalmente, a su presentación clínica atípica. En el anciano hipotiroideo predominan las formas oligosintomáticas, en las que se afectan el aparato digestivo (estreñimiento, impactación fecal, incluso ileo paralítico y megacolon), el aparato cardiovascular (bradicardia, arritmias, insuficiencia cardíaca, derrame pericárdico) o el sistema nervioso (depresión, deterioro cognitivo) de forma aislada.

Ante la sospecha clínica de hipotiroidismo, se aconseja iniciar el estudio con la determinación de TSH (tirotropina) como prueba de *screening*. Si ésta se encontrase elevada (>5mU/l) debería solicitarse también la determinación de T4 libre. La determinación de T3 total tiene escaso valor, ya que con frecuencia se halla disminuida en presencia de enfermedades no tiroideas y en el anciano sano. Si la T4 libre se encontrara, por el contrario, disminuida, sería un caso de **hipotiroidismo clínico**, tributario de estudio y tratamiento sustitutivo con Levotiroxina. Si en lugar de disminuida, sus valores se hallaran dentro de la normalidad, se hablaría de **hipotiroidismo subclínico**.

En un porcentaje no despreciable de casos, los enfermos con hipotiroidismo subclínico acabarán cumpliendo criterios clínicos y analíticos de hipotiroidismo clínico. Se estima que aproximadamente un 20% de los ancianos con TSH > 6 desarrollarán un hipotiroidismo clínico en los siguientes 5 años. Este hecho es más frecuente en mujeres, en pacientes con valores iniciales más elevados de TSH (>10) y con anticuerpos antiperoxidasa positivos (ANTI-TPO). No existe consenso sobre el momento en que debe ser tratado el paciente con hipotiroidismo subclínico, pero se podrían establecer como punto de corte los supuestos anteriormente comentados. Además, se debería valorar el tratamiento del hipotiroidismo subclínico, independientemente de los

valores de la TSH y de la presencia o no de ANTI-TPO, en pacientes con comorbilidad asociada susceptible de descompensación, como sería el caso de los enfermos con cardiopatía de base. En caso de que los valores de TSH fueran inferiores a 10 y los anticuerpos antiperoxidasa negativos, se optaría por el control (clínico y analítico) periódico del enfermo.

En el anciano, la dosis inicial recomendada de Levotiroxina será inferior a la del adulto sano: 25 mcg/día (o incluso 12,5 mcg/día si existen antecedentes de cardiopatía). La dosis de mantenimiento necesaria también será habitualmente menor (de 50 a 75 mcg/día)

Se aconseja no efectuar un control analítico antes de las 4-6 semanas del inicio del tratamiento (o de su modificación) puesto que no será valorable por razones de vida media de las hormonas tiroideas en sangre periférica. Se solicitará únicamente la determinación de TSH. Si su valor se encuentra dentro de la normalidad, se habrá conseguido la normofunción tiroidea y se mantendrá la última dosis pautada. Tanto si el valor de TSH se encuentra elevado como si se encuentra disminuido, será necesario solicitar también la T4 libre para poder continuar con la toma de decisiones. Si los valores de TSH se encuentran disminuidos y los de T4 libre elevados, el tratamiento habrá llevado al enfermo a una situación de hipertiroidismo clínico. Si los valores de T4 libre se encuentran dentro de la normalidad, será un hipertiroidismo subclínico. En ambos casos se deberá disminuir la dosis total de levotiroxina. Si los valores de TSH se encuentran elevados y los de T4 libre dentro de la normalidad, será un hipotiroidismo subclínico y si los valores de TSH se mantienen elevados y los de T4 libre son bajos, un hipotiroidismo clínico. En ambos casos será necesario descartar la presencia de fármacos que interfieran en el metabolismo de la T4 (calcio, hierro, fenitoina...) y asegurar que el cumplimiento terapéutico se esté llevando a cabo antes de aumentar la dosis total de levotiroxina. Una vez alcanzada la dosis de mantenimiento, el control analítico podrá ser anual.

caso clínico

Paciente mujer de 86 años de edad sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes patológicos

- Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada en el año 1990, en tratamiento con insulina desde hacía 5 años. Buen control metabólico crónico.
- Obesidad.
- Poliartrosis: gonartrosis severa y espondiloartrosis. Trastorno de la marcha secundario. Dolor persistente secundario. No historia de caídas.

Situación previa

Moderada dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel 60). Deambulaba por su domicilio con ayuda de dos bastones ingleses y era dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton 2). Ausencia de deterioro cognitivo evidente. Viuda desde hacía 10 años, vivía con su hija y la familia de ésta en un piso sin barreras arquitectónicas.

Enfermedad actual

La paciente fue remitida desde Urgencias de un hospital de agudos a consultas externas de Geriátrica para valoración de caídas de repetición. En la última ocasión había sufrido un traumatismo craneoencefálico. Algunas de ellas se precedían de una pérdida de conocimiento de escasos segundos de duración. La analítica realizada en Urgencias no había mostrado alteración alguna y el ECG evidenciaba una bradicardia sinusal a 56 latidos por minuto. En los meses anteriores su familia había observado que había perdido el interés por las cosas que le solían entretener y que a menudo estaba de mal humor. Estos hechos los atribuían a su avanzada edad y por ello no habían considerado necesario el estudio por su facultativo habitual.

Tratamiento habitual

Insulina NPH 12-6, subcutánea; Paracetamol 1 g cada 8 horas, vía oral.

Exploración física

Consciente y orientada. Normohidratada y normocoloreada. Aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Aparato cardiovascular: tonos rítmicos, sin soplos. No signos de insuficiencia cardíaca derecha ni de trombosis venosa profunda. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Exploración abdominal: globuloso, blando y depresible, sin vísceromegalias ni masas. Peristaltismo conservado. Exploración neurológica: hiporreflexia aquilea, resto sin alteraciones. Aparato locomotor: gonartrosis severa, rodillas en varo; hallux valgus bilateral.

Valoración geriátrica

Funcional: sin cambios con respecto a la situación previa.

Cognitiva: Minimental de Folstein 24/30; escolaridad < 8 años. Ausencia de deterioro cognitivo.

Estado nutricional: obesidad. Ingesta adecuada de las tres comidas principales.

GDS de Yesavage: 8/15. Presencia de síntomas depresivos.

Índice de Comorbilidad de Charlson: 1.

Estudio de caídas: se descartaron hipotensión ortostática y fármacos responsables. Test de *Get up and Go* alterado. Dolor bien controlado. Calzado inadecuado. Ayuda técnica inadecuada. Vista y oído sin problemas.

Tras la valoración, se realizó un ECG, que no mostró cambios respecto al previo. Se solicitó una analítica con glucosa, función renal, ionograma, biología hepática, proteínas totales, albúmina, colesterol, hemograma, coagulación, ácido fólico, vitamina B12 y TSH.

Discusión del caso clínico

Dada la presencia de síntomas depresivos, se inició tratamiento con Sertralina a dosis de 50

mg al día. Se modificó la ayuda técnica a caminador. Se recomendó, además, a la familia, que supervisara a la paciente en sus desplazamientos y que fuera aconsejada en la ortopedia en relación con el calzado. La próxima visita se programó en un mes. Al revalorar a la paciente, los síntomas depresivos no habían mejorado, pero no había vuelto a caerse. En la analítica destacaba una TSH de 20 y unos ANTI-TPO positivos. Se aumentó la dosis de Sertralina a 100 mg y se programó nueva analítica con TSH y T4 libre. La T4 libre se encontraba disminuida, motivo por el que se inició tratamiento sustitutivo con Levotiroxina a dosis de 25 mcg al día. En la analítica de control a las 4 semanas, la TSH permanecía elevada y los síntomas depresivos habían mejorado sólo levemente. Se aumentó la dosis de Levotiroxina a 50 mg. A las 6 semanas se efectuó una nueva determinación de TSH, que persistía con valores superiores a 10. En ese momento se sospechó que la Sertralina podía estar interfiriendo en el metabolismo de la Levotiroxina y se decidió retirarla progresivamente. Cuatro semanas después, a pesar de haber retirado el tratamiento antidepressivo, se objetivó una franca mejoría del estado de ánimo, coincidiendo con la normalización de las hormonas tiroideas. La frecuencia cardíaca aumentó hasta 70 latidos por minuto. La paciente no presentó nuevos episodios de caídas tras un año de seguimiento. El tratamiento específico, además de la valoración geriátrica integral, consiguieron mejorar la sintomatología y la calidad de vida del enfermo.

Destacamos, nuevamente, la presentación clínica atípica del hipotiroidismo en el anciano (en este caso, el motivo de consulta en consultas externas fueron las caídas) y el beneficio de su *screening* mediante la determinación de TSH (tirotropina)

bibliografía

1. Hazzard WR, Bierman EL Eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th ed. New York: Mc Graw Hill, 2003.
2. Robles F, Sanz F, et al. Hipotiroidismo e hipertiroidismo subclínico en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38(2):110-115.
3. Díez JJ. Hipotiroidismo en el paciente anciano: importancia clínica y dificultades en el diagnóstico y tratamiento. *Med Clin* 1998;111:742-50.
4. Barceló B. Tratamiento del hipotiroidismo. *Rev Clin Esp* 1998;198:53-4.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. Ramon Miralles, del Servicio de Geriátrica IMAS, Centre Fòrum de l'Hospital del Mar, Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza. Institut d'Atenció Geriàtrica i Socio-sanitaria (IAGS-IMAS), Barcelona, sus conocimientos y aportaciones.