

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2016

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
HIPOTIROIDISMO PRIMARIO Y
SUBCLÍNICO
EN EL ADULTO

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-265-10

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

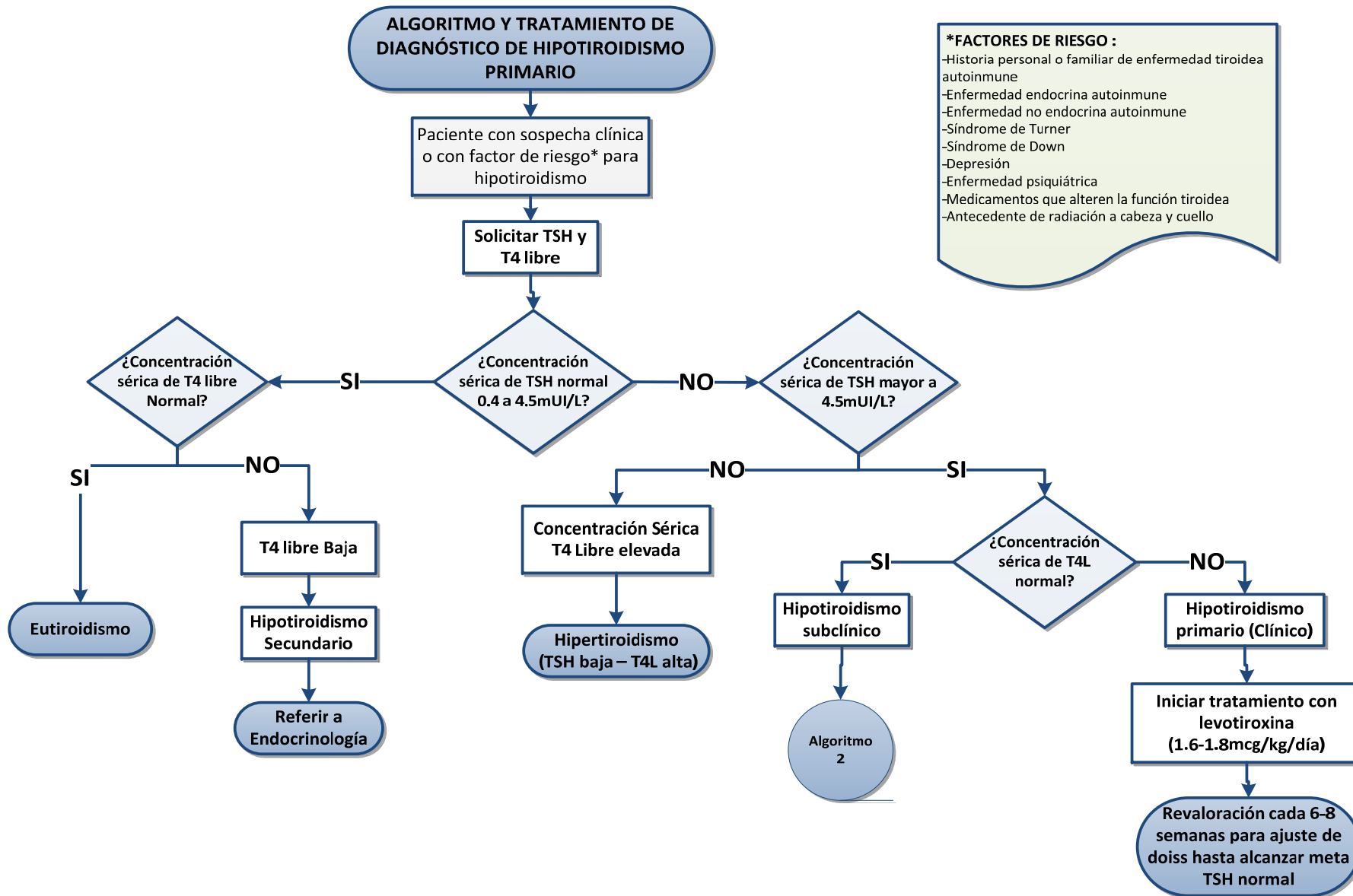
La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario y subclínico en el adulto**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

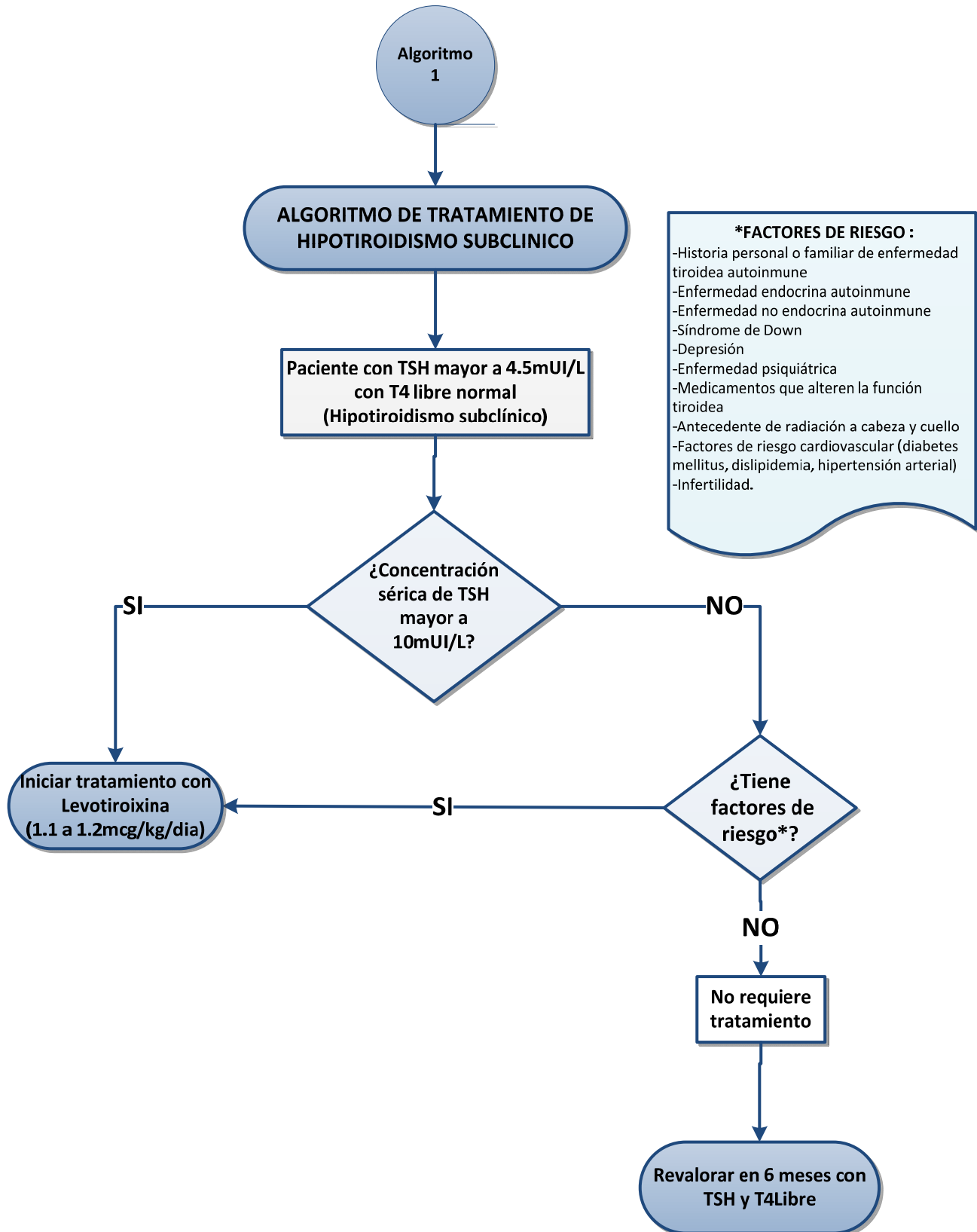
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

978-607-8270-90-3

1. DIAGRAMAS DE FLUJO



Algoritmo 2. Tratamiento del Hipotiroidismo subclínico



2. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Para el diagnóstico de hipotiroidismo se requiere la determinación de TSH debido a la falta de especificidad de las manifestaciones clínica y a la ausencia de signos patognomónicos.	D NICE
<p>Se recomienda solicitar TSH y T4L en población de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas y signos clínicos de hipotiroidismo. • Exploración física anormal de la glándula tiroidea. • Antecedente de enfermedad endocrina autoinmune (diabetes mellitus 1, insuficiencia adrenal, insuficiencia ovárica). • Antecedente de enfermedad no endocrina autoinmune (vitíligo, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, enfermedad celiaca, esclerosis múltiple, hipertensión pulmonar primaria). • Antecedente de radiación en cuello (yodo radioactivo o radiación externa). • Antecedente de cirugía o enfermedad tiroidea. • Enfermedad psiquiátrica. • Medicamentos que afecten la función tiroidea (litio, amiodarona, interferon alfa). • Asociado con otras condiciones clínicas (alopecia, arritmia cardiaca no especificada, cambios en la textura de la piel, falla cardiaca, constipación, demencia, alteraciones menstruales, infertilidad, hipertensión, miopatía no especificada, intervalo QT prolongado). • Síndrome de Turner. • Síndrome de Down. • Síndrome de apnea obstructiva de sueño. • Resultados anormales en pruebas de laboratorio (hiponatremia, anemia, hiperprolactinemia, hipercolesterolemia, hiperhomocisteinemia, elevación de creatinina fosfocinasa (CPK)). 	B NICE
Se recomienda realizar un tamizaje con TSH (especialmente en mujeres) a partir de los 60 años. En caso de un resultado normal repetir con una periodicidad de cada 5 años.	C NICE
<p>El diagnóstico de hipotiroidismo primario se establece con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TSH elevada con T4L baja. <p>El diagnóstico de hipotiroidismo subclínico con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TSH elevada con T4L normal. 	D NICE
En el adulto mayor de 80 años se considera normal una concentración de TSH menor o igual a 7.5 mUI/L.	B NICE

No se recomienda el uso rutinario de ultrasonido tiroideo en pacientes con hipotiroidismo primario o subclínico. El ultrasonido tiroideo debe ser considerado cuando a la palpación se encuentra nódulo tiroideo o crecimiento de la glándula tiroides.

**A
NICE**

TRATAMIENTO

Recomendación Clave

GR*

Se recomienda el uso de levotiroxina como tratamiento de elección de hipotiroidismo debido a su eficacia y seguridad a largo plazo, fácil administración, buena absorción intestinal, vida media larga y bajo costo.

**FUERTE
GRADE**

En adultos con hipotiroidismo primario sin comorbilidad cardiovascular, se recomienda calcular la dosis inicial de levotiroxina de 1.6-1.8 mcg/kg/día en base al **peso corporal actual**.

**A
NICE**

En población mayor de 65 años o con comorbilidad cardiovascular, se recomienda iniciar la levotiroxina a dosis bajas (12.5–25 mcg/día), con titulación gradual con base a las concentraciones de TSH.

**FUERTE
GRADE**

Se recomienda en pacientes con hipotiroidismo sin embarazo, una meta de tratamiento concentraciones de TSH entre 0.45–4.12 mUI/L y en adultos mayores de 70 años una TSH entre 4–6 mUI/L.

**B
NICE**

Para llevar a cabo un adecuado seguimiento del tratamiento, se recomienda:

- Evaluar TSH en 6 a 8 semanas, durante el ajuste de dosis hasta lograr la meta de tratamiento.
- Con TSH en meta revalorar en 4 a 6 meses y después anualmente.
- Se debe realizar ajustes de dosis cuando hay grandes cambios en el peso corporal y en caso de embarazo.

**FUERTE
GRADE**

No se recomienda el tratamiento con levotiroxina en pacientes con obesidad sin hipotiroidismo debido a que no se ha demostrado su eficacia.

**FUERTE
GRADE**

No se recomienda el tratamiento combinado [Liotironina (LT3) con levotiroxina] de primera línea en pacientes con hipotiroidismo primario.

**A
NICE**

En hipotiroidismo subclínico (TSH elevada con T4L normal), se recomienda iniciar tratamiento con levotiroxina en el caso de:

- TSH mayor a 10 mUI/L con o sin síntomas.
- En pacientes con hemitiroidectomía.
- Aquellos que tengan factores de riesgo cardiovascular.
- Mujeres embarazadas.
- Sujetos con bocio y anti-TPO positivos.
- Infertilidad.

**FUERTE
GRADE**

Para el manejo del hipotiroidismo subclínico, se recomienda una dosis inicial de levotiroxina de 1.1–1.2mcg/kg/día.	D NICE
Se recomienda en pacientes mayores de 80 años con concentraciones de TSH menores o iguales de 10 mUI/L mantener una estrategia de vigilancia, evitando por lo general el tratamiento hormonal.	FUERTE GRADE

HIPOTIROIDISMO Y EMBARAZO

Recomendación Clave	GR*
Se considera hipotiroidismo en el embarazo con: <ul style="list-style-type: none"> • TSH mayor de 10 mUI/L independientemente de las concentraciones de T4L. 	C NICE
Se considera hipotiroidismo subclínico en el embarazo. <ul style="list-style-type: none"> • TSH mayor a 2.5 mUI/L con anti TPO positivos. 	
Se recomienda iniciar tratamiento con levotiroxina en hipotiroidismo en el embarazo al presentar: <ul style="list-style-type: none"> • TSH mayor o igual a 2.5 mUI/L con T4L disminuida. • Todas las mujeres con TSH mayor o igual a 10.0 mUI/L independientemente de los niveles de T4L. • Con anti-TPO positivos. 	NIVEL A USPSTF
La dosis inicial recomendada de levotiroxina en el embarazo es de 1.2 mcg/Kg/día.	FUERTE GRADE
En las mujeres con hipotiroidismo que desean embarazarse se recomienda mantener una TSH menor a 2.5 mUI/L.	FUERTE GRADE
En mujeres con hipotiroidismo preexistente y que se embarazan se recomienda aumentar la dosis de levotiroxina en un 25 a 30% al momento de la evaluación prenatal.	NIVEL B USPSTF

3. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 1. RECOMENDACIÓN DE CUATRO ORGANIZACIONES PARA LA DETECCIÓN DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN INDIVIDUOS ASINTOMÁTICOS

Asociación Americana de Tiroides (ATA)	Deben ser tamizados mujeres y hombres ≥ 35 años de edad y después cada 5 años.
Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AACE)	Deben ser tamizados pacientes viejos (no especifica edad), especialmente mujeres.
Colegio Americano de Médicos (ACP)	Deben ser evaluados mujeres ≥ 50 años de edad con síntomas sugestivos de enfermedad tiroidea.
Academia Americana de Médicos Familiares (AAFP)	Deben ser tamizados pacientes de ≥ 60 años de edad.

CUADRO 2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO.

CAUSAS TRANSITORIAS O FISIOLÓGICAS DE ELEVACIÓN DE TSH.	Variación diurna con aumento nocturno y los valores más altos por la mañana.
	Recuperación de una fase síndrome de eutiroideo enfermo.
	Hipotiroidismo subclínico transitorio después de una tiroiditis subaguda no dolorosa o tiroiditis postparto.
CAUSAS DE INCREMENTO DE TSH QUE NO SON HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO.	Obesidad.
	Adenoma secretor de TSH.
	Insuficiencia adrenal no tratada.
	Adultos mayores con elevaciones leves de TSH.
	Pruebas de análisis de laboratorio (variabilidad de la prueba, isoformas anormales de TSH o anticuerpos heterófilos)
	Resistencia aislada a hormona tiroidea
	Disfunción renal

Adaptado de: Cooper DS, Biondi B. Subclinical thyroid disease. Lancet 2012; 379: 1142-54.