

Hipotiroidismo subclínico

Fecha de la última revisión: 18/07/2014

Cursos Fisterra relacionados:

► [Actualización problemas clínicos en A...](#)

Índice de contenidos

- 1. [¿Qué es el hipotiroidismo subclínico?](#)
- 2. [¿Cuáles son su etiología y su clínica?](#)
- 3. [Estrategia de manejo: cribado](#)
- 4. [Estrategia de manejo: ¿tratar o no tratar?](#)
- 5. [Estrategia de manejo: ¿cuándo derivar al endocrinólogo?](#)
- 6. [Manejo del hipotiroidismo subclínico](#)
- 7. [Bibliografía](#)
- 8. [Más en la red](#)
- 9. [Autoras](#)

¿Qué es el hipotiroidismo subclínico?

Se **define** como tal el trastorno que ocurre en individuos generalmente asintomáticos y que se caracteriza por el hallazgo de cifras elevadas de TSH con niveles de T4 libre en rango de normalidad. A pesar de ser un problema frecuente, su manejo (cribado, diagnóstico, tratamiento) permanece aún controvertido (Wilson GR, 2005; Fatourechi V, 2009; Jones DD, 2010; Rugge B, 2011; Garber JR, 2012; Ross DS, 2013).

Actualmente, el **límite superior** exacto normal de TSH sigue siendo objeto de debate (Surks MI, 2004; Hamilton TE, 2008; Fatourechi V, 2009). Así mientras algunos autores consideran hipotiroidismo subclínico cualquier aumento de la TSH por encima de los valores de referencia, otros consideran dos categorías: leve (niveles de TSH de 4.5-9 mU/L) y severo (TSH ≥10 mU/L). Independientemente del límite elegido parece aconsejable un seguimiento de las personas con niveles de TSH de 3 a 5 mU/L, en especial si se detectan anticuerpos antitiroideos (Fatourechi V, 2009).

En lo que si existe acuerdo es en la necesidad de realizar una **segunda determinación** que incluya determinación de anticuerpos antitiroideos, entre 2 y 12 semanas para confirmar el diagnóstico (Surks MI, 2004; Ross DS, 2013), y diferenciarlo de todas aquellas situaciones que se acompañan de aumentos discretos de TSH no debidos a déficit de hormonas tiroideas:

- Recuperación de una enfermedad no tiroidea.
- Estados de resistencia a hormonas tiroideas.
- Adenoma productor de TSH.
- Insuficiencia renal.
- Enfermedades psiquiátricas agudas.
- Errores de laboratorio.
- Insuficiencia adrenal no tratada.
- Pacientes ancianos con mínimo aumento de TSH.

Prevalencia

Su prevalencia varia en los distintos estudios de un 4-20% dependiendo de: edad (aumenta con la edad), sexo (más frecuente en la mujer), raza (menor en raza negra), población a estudio (mayor en áreas con déficit de iodo) y criterios diagnósticos utilizados (niveles de TSH, presencia de anticuerpos antitiroideos) (Ross, 2013; Cooper DS, 2012). Entre un 60-80% de los casos detectamos anticuerpos antitiroideos, (anticuerpos antiperoxidasa) y en un 75% de los casos los niveles de TSH son menores de 10 mU/L.

¿Cuáles son su etiología y su clínica?

Etiología

Las causas (Álvarez P, 2011; Ochoa J, 2005) y su probabilidad de progresar a hipotiroidismo clínico aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Causas del hipotiroidismo subclínico.		
Causa		
Probablemente progresará	Autoinmune	La progresión está directamente relacionada con la edad y con el nivel de TSH: • TSH >10 mcUI/ml (7% anual). • TSH >12 mcUI/ml (63% a 10 años). • TSH >19 mcUI/ml (30% a 3 años). • TSH >20 mcUI/ml y >60 años (100% a 4 años).
	Post I 131	Dependiendo de la dosis administrada
	Postiroidectomía subtotal	Por insuficiencia del parénquima tiroideo restante
Probablemente regresará	Postiroiditis silente, postparto, subaguda	
	Farmacológica	

	Posthemitiroidectomía	
	Hipotiroidismo subclínico con anticuerpos antitiroideos negativos	

Es necesario tener en cuenta, que la presencia de síntomas depende de la severidad de la enfermedad, la duración y la sensibilidad individual para el déficit de hormona tiroidea, que los síntomas en relación con el hipotiroidismo subclínico no son ni sensibles ni específicos y que es menos sintomático en población envejecida.

Los síntomas más comunes son: sequedad de piel, intolerancia al frío, cansancio fácil, caída del cabello, aumento de peso y pérdida de memoria. En un 25% de los casos los test psicométricos mejoran tras el tratamiento hormonal sustitutivo. Aunque el hipotiroidismo subclínico no se considera causa suficiente para desencadenar una depresión, sí disminuye el umbral para su aparición.

Tanto el hipotiroidismo clínico como subclínico no tratado, se relacionan a un incremento en la incidencia de ciclos anovulatorios, infertilidad, menorragias, abortos de repetición, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia (Reid, 2013).

Estrategia de manejo: cribado

No se recomienda realizar cribado en la población general, salvo en los recién nacidos para descartar hipotiroidismo congénito. La mayoría de las organizaciones recomiendan mantener un alto índice de sospecha en poblaciones de alto riesgo (mujeres postmenopáusicas, edad avanzada), y determinar TSH en esos casos (Cooper DS, 2012).

No disponemos hoy en día de evidencias en relación con el cribado durante el embarazo, por lo que la recomendación es realizarlo en mujeres de riesgo de enfermedad tiroidea (Surks MI, 2004; Reid S, 2013).

Estrategia de manejo: ¿tratar o no tratar?

La **progresión a hipotiroidismo clínico**, la posible **mejora de la calidad de vida** y la posibilidad de que el hipotiroidismo subclínico se comporte como un **factor de riesgo cardiovascular**, son los argumentos a favor del tratamiento aunque son precisos más estudios que lo confirmen.

Un porcentaje elevado de pacientes acabarán desarrollado hipotiroidismo (Vanderpump MP, 1995; Kabadi UM, 1993; Diez JJ, 2004).

Ser mujer, tener niveles de TSH >10 mU/L y la presencia de títulos altos de anticuerpos anti-peroxidasa se asocia a mayor riesgo de progresión a hipotiroidismo clínico. Los casos de resolución espontánea son frecuentemente en los dos primeros años tras el diagnóstico (Diez JJ, 2005).

Los datos disponibles en relación a la mejoría de los síntomas con el tratamiento sustitutivo son controvertidos, probablemente debido a las diferencias de edad, niveles de TSH, de anticuerpos anti tiroideos y otras características entre las diferentes poblaciones estudiadas. El beneficio parece limitarse a pacientes con niveles de TSH >10 mU/L (Ross, 2013).

En una revisión Cochrane, un meta-análisis de 12 ensayos clínicos (nueve ensayos con concentraciones de TSH <10 a 15 mU/L), no hubo diferencias en los signos o síntomas de hipotiroidismo, la calidad de vida, o los efectos adversos entre los T4 y placebo (Villar HCCE, 2008).

Existe evidencia discordante con respecto a la asociación entre el hipotiroidismo subclínico y el riesgo cardiovascular. Algunos estudios (Rondoni, 2010; Gencer, 2012) refieren un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular especialmente en pacientes con TSH mayor o igual a 10 mUI/L, mientras otros autores no encuentran dicha asociación (Cappola, 2006; Kristen, 2013).

Una situación especial es el hipotiroidismo subclínico y **mujer en edad fértil que desea embarazo** en que se recomienda tratamiento sustitutivo preconcepcional (Reid, 2010; Ross, 2013), basándonos en el papel esencial para el desarrollo y maduración del cerebro fetal, la hormona tiroidea y que la transferencia materna de la misma es especialmente importante durante el primer trimestre de gestación. Recordar que los valores de diagnóstico cambian en el embarazo (en el primer trimestre el hipotiroidismo subclínico se define como TSH >2,5 mientras que en el segundo y tercer trimestre es TSH >3) (Ross, 2014).

Hemos de tener en cuenta que el tratamiento puede ocasionar un hipertiroidismo iatrogénico en 14-21% de los casos tratados (Surks MI, 2004).

La **recomendación de tratamiento** debe ser siempre **individualizada**, valorando fundamentalmente los niveles de TSH, la presencia o no de anticuerpos antitiroideos, la patología asociada, la edad y las preferencias del paciente, que debidamente informado de los beneficios potenciales y los posibles riesgos del tratamiento sustitutivo, decidirá entre éste y la observación periódica.

Una pauta razonable de actuación consiste en indicar tratamiento sustitutivo en los siguientes casos (Col NF, 2004; Surks MI, 2004; Vaidya B, 2008; Muller AF, 2008; Fatourechi V, 2009; Pearce S, 2013):

- Depresión. Sobre todo depresión mayor o rebelde al tratamiento.
- Embarazo o deseo de embarazo.
- Niños y adolescentes. Para no interferir en el crecimiento y desarrollo.
- Hipotiroidismo por determinadas causas: autoinmune, Post I131, postradioterapia externa, posttiroidectomía subtotal.
- TSH >10 mU/L.
- Bocio.
- Pérdida de memoria.
- Intentar tratamiento de prueba (6 meses) en pacientes con dislipemia.

Existen dudas sobre su beneficio en:

- Cardiopatía isquémica. Para algunos autores las dosis utilizadas no son contraindicación.
- Arritmias.
- Osteoporosis.
- Mayores de 70 años, especialmente en mayores de 80 años, en los que el hipotiroidismo subclínico se asocia a longevidad.

El **tratamiento** se realiza con levotiroxina en única vía oral al menos media hora antes del desayuno. La dosis de inicio en adultos es 1,6 µg/kg/día, variando los requerimientos con la edad, así en niños pueden llegar a necesitar el doble de dosis y en ancianos incluso el 50% de la dosis habitual de un adulto. Por lo tanto en mayores de 70 años, patología cardiovascular e hipotiroidismos de larga evolución se recomienda iniciar el tratamiento con dosis de 12,5-25 µg/día. Se ha observado un incremento del riesgo de fractura en pacientes ancianos a tratamiento con altas dosis de levotiroxina (Turner MR, 2011).

La dosis adecuada es aquella que consigue niveles dentro del rango normal de TSH (0.5-2.5 mU/L) en jóvenes y adultos. En ancianos el objetivo es mantener TSH entre 3 y 5 mU/L. No se recomiendan dosis supresivas. Los incrementos de dosis deben ser progresivos no antes de 6 semanas, con control analítico de TSH, hasta alcanzar la dosis adecuada y posteriormente controles anuales. Tener en cuenta que los niveles de TSH comienzan a descender al mes del inicio del tratamiento sustitutivo, pero que los ajustes con pequeñas dosis pueden requerir 8 semanas o más antes que el TSH empiece a estabilizarse.

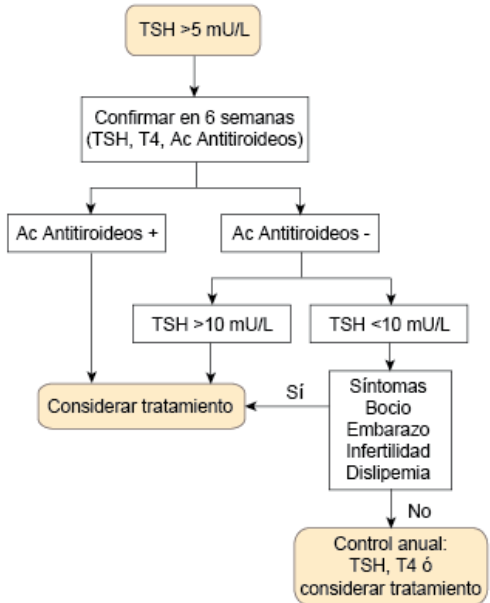
En los casos con sospecha de hipotiroidismo transitorio, se recomienda el intento de retirada paulatina de la medicación al cabo de 6-12 meses. En el resto de los pacientes, teniendo en cuenta que el hipotiroidismo subclínico no siempre es permanente, se puede considerar también una interrupción del tratamiento.

Estrategia de manejo: ¿cuándo derivar al endocrinólogo?

Puede ser aconsejable derivar al endocrinólogo los siguientes casos:

- Menores de 18 años.
- Patología cardíaca.
- Embarazo.
- Nódulo tiroideo.
- Presencia de otra enfermedad endocrina.

Manejo del hipotiroidismo subclínico



Manejo del hipotiroidismo subclínico

Bibliografía

- Álvarez Castro P, Isidro San Juan ML, Cordido Carballido F. Hipotiroidismo [Internet]; 2013 [acceso 17/7/2014]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipotiroidismo/>
- Cappola AR, Fried LP, Arnold AM, Danese MD, Kuller LH, Burke GL, et al. Thyroid status, cardiovascular risk, and mortality in older adults. JAMA. 2006;295(9):1033-41. PubMed [PMID: 16507804](#). [Texto completo](#)
- Col NF, Surks MI, Daniels GH. Subclinical thyroid disease: clinical applications. JAMA. 2004;291(2):239-43. PubMed [PMID: 14722151](#). [Texto completo](#)
- Cooper DS, Biondi B. Subclinical thyroid disease. Lancet. 2012;379(9821):1142-54. PubMed [PMID: 22273398](#)
- Cooper DS. Clinical practice. Subclinical hypothyroidism. N Engl J Med. 2001;345(4):260-5. PubMed [PMID: 11474665](#)
- Díez JJ, Iglesias P, Burman KD. Spontaneous normalization of thyrotropin concentrations in patients with subclinical hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90(7):4124-7. PubMed [PMID: 15811925](#). [Texto completo](#)
- Díez JJ, Iglesias P. Spontaneous subclinical hypothyroidism in patients older than 55 years: an analysis of natural course and risk factors for the development of overt thyroid failure. J Clin Endocrinol Metab. 2004;89(10):4890-7. PubMed [PMID: 15472181](#). [Texto completo](#)
- Fatourehchi V. Subclinical hypothyroidism: an update for primary care physicians. Mayo Clin Proc. 2009;84(1):65-71. PubMed [PMID: 19121255](#). [Texto completo](#)
- Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, et al.; American Association of Clinical Endocrinologists and American Thyroid Association Taskforce on Hypothyroidism in Adults. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Endocr Pract. 2012;18(6):988-1028. PubMed [PMID: 23246686](#)
- Gencer B, Collet TH, Virgini V, Bauer DC, Gussekloo J, Cappola AR, et al.; Thyroid Studies Collaboration. Subclinical thyroid dysfunction and the risk of heart failure events: an individual participant data analysis from 6 prospective cohorts. Circulation. 2012;126(9):1040-9. PubMed [PMID: 22821943](#). [Texto completo](#)
- Hamilton TE, Davis S, Onstad L, Kopecky KJ. Thyrotropin levels in a population with no clinical, autoantibody, or ultrasonographic evidence of thyroid disease: implications for the diagnosis of subclinical hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metab. 2008;93(4):1224-30. PubMed [PMID: 18230665](#). [Texto completo](#)
- Hyland KA, Arnold AM, Lee JS, Cappola AR. Persistent subclinical hypothyroidism and cardiovascular risk in the elderly: the cardiovascular health study. J Clin Endocrinol Metab. 2013;98(2):533-40. PubMed [PMID: 23162099](#). [Texto completo](#)
- Jones DD, May KE, Geraci SA. Subclinical thyroid disease. Am J Med. 2010;123(6):502-4. PubMed [PMID: 20569751](#)

- Kabadi UM. 'Subclinical hypothyroidism'. Natural course of the syndrome during a prolonged follow-up study. Arch Intern Med. 1993;153(8):957-61. PubMed [PMID: 8481068](#)
- Muller AF, Berghout A, Wiersinga WM, Kooy A, Smits JW, Hermus AR; working group Thyroid Function Disorders of the Netherlands Association of Internal Medicine. Thyroid function disorders--Guidelines of the Netherlands Association of Internal Medicine. Neth J Med. 2008;66(3):134-42. PubMed [PMID: 18349473](#). [Texto completo](#)
- Ochoa Prieto J, González Gutierrez PJ, Olloqui Mudent J. Hipotiroidismo del adulto. AMF. 2005;1(1):7-20.
- Pearce SH, Brabant G, Duntas LH, Monzani F, Peeters RP, Razvi S, Wemeau JL. 2013 ETA Guideline: Management of Subclinical Hypothyroidism. Eur Thyroid J. 2013;2(4):215-28. PubMed [PMID: 24783053](#). [Texto completo](#)
- Reid SM, Middleton P, Cossich MC, Crowther CA, Bain E. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism pre-pregnancy and during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2013;5:CD007752. PubMed [PMID: 23728666](#). [Texto completo](#)
- Rodondi N, den Elzen WP, Bauer DC, Cappola AR, Razvi S, Walsh JP, et al.; Thyroid Studies Collaboration. Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality. JAMA. 2010;304(12):1365-74. PubMed [PMID: 20858880](#). [Texto completo](#)
- Ross DS. Hypothyroidism during pregnancy: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2014, version 22.6. [acceso 17/7/2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Ross DS. Subclinical hypothyroidism [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2014, version 22.6. [acceso 17/7/2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Rugge B, Balshem H, Sehgal R, Relevo R, Gorman P, Helfand M. Screening and Treatment of Subclinical Hypothyroidism or Hyperthyroidism [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011. Report No.: 11(12)-EHC033-EF. [Texto completo](#)
- Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, Sawin CT, Col NF, Cobin RH, et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. JAMA. 2004;291(2):228-38. PubMed [PMID: 14722150](#). [Texto completo](#)
- Turner MR, Camacho X, Fischer HD, Austin PC, Anderson GM, Rochon PA, et al. Levothyroxine dose and risk of fractures in older adults: nested case-control study. BMJ. 2011;342:d2238. PubMed [PMID: 21527461](#). [Texto completo](#)
- Vaidya B, Pearce SH. Management of hypothyroidism in adults. BMJ. 2008;337:a801. PubMed [PMID: 18662921](#). [Texto completo](#)
- Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM, Appleton D, Bates D, Clark F, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Whickham Survey. Clin Endocrinol (Oxf). 1995;43(1):55-68. PubMed [PMID: 7641412](#)
- Villar HCCE, Saconato H, Valente O, Atallah AN. Reemplazo de la hormona tiroidea para el hipotiroidismo subclínico (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD003419. [Texto completo](#)
- Wilson GR, Curry RW Jr. Subclinical thyroid disease. Am Fam Physician. 2005;72(8):1517-24. PubMed [PMID: 16273818](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, Bergoglio LM, Andrada NC, Bravo PP, Orlandi AM, Graf H; Task Force on Hypothyroidism of the Latin American Thyroid Society (LATS). Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2013 Jun;57(4):265-91. PubMed [PMID: 23828433](#)
- Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, et al.; American Association of Clinical Endocrinologists and American Thyroid Association Taskforce on Hypothyroidism in Adults. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Endocr Pract. 2012;18(6):988-1028. PubMed [PMID: 23246686](#)
- Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, Pessah-Pollack R, Singer PA, Woeber KA; American Association Of Clinical Endocrinologists And American Thyroid Association Taskforce On Hypothyroidism In Adults. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Thyroid. 2012 Dec;22(12):1200-35. PubMed [PMID: 22954017](#)
- Rugge B, Balshem H, Sehgal R, Relevo R, Gorman P, Helfand M. Screening and Treatment of Subclinical Hypothyroidism or Hyperthyroidism [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011. Report No.: 11(12)-EHC033-EF. [Texto completo](#)
- Sgarbi JA, Teixeira PF, Maciel LM, Mazeto GM, Vaisman M, Montenegro Junior RM, Ward LS; Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. The Brazilian consensus for the clinical approach and treatment of subclinical hypothyroidism in adults: recommendations of the thyroid Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2013 Apr;57(3):166-83. PubMed [PMID: 23681263](#)

Autoras

- María José Modroño Freire Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- Lizbeth Herrera Díaz Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria "Mariñamansa". Servizo Galego de Saúde. Ourense. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

