

HIPOTIROIDISMO: TRATAMIENTOS

TERCERA ENTREGA DEL CURSO DE CAPACITACIÓN QUE ABORDA LA IMPORTANCIA DEL ROL FARMACÉUTICO EN EL CONOCIMIENTO DE LA GLÁNDULA TIROIDES Y LAS PATOLOGÍAS QUE LA AFECTAN. SON CUATRO MÓDULOS, ADJUNTOS EN EL ENVÍO DE LA REVISTA Y PUBLICADOS EN WWW.REVISTADOSIS.COM.AR. EN CADA ENTREGA SE PUEDE REALIZAR LA EVALUACIÓN DEL MÓDULO CORRESPONDIENTE. ADEMÁS, AL FINALIZAR EL CURSO SE PUBLICARÁ EL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN COMPLETO.

OTORGA CRÉDITOS PARA LA RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL A TRAVÉS DE COFA

Por **Dra. Gabriela M. Kivelevitch ***

El hipotiroidismo es el resultado de la disminución de los niveles circulantes de las hormonas tiroideas levotiroxina y triyodotironina. La causa más común es la tiroiditis de Hashimoto. En esta enfermedad de origen autoinmune, la glándula tiroides no es reconocida por el sistema inmunitario como un órgano propio, por lo cual es atacada como si se tratara de un agente infeccioso o un cuerpo extraño. Se sintetizan anticuerpos anómalos (denominados en consecuencia

autoanticuerpos), que provocan la destrucción progresiva y lenta de la glándula y la subsecuente disminución de sus funciones. Esta causa de hipotiroidismo se caracteriza por su elevada prevalencia en la población adulta, que puede alcanzar índices del 1% a 2% de la población. Ciertos grupos de personas se vinculan con una proporción mayor de casos, con especial acento en las mujeres, los sujetos mayores de 65 años y aquellos que han sufrido exposición a radia-

ciones por cualquier causa en los últimos 20 años.

Vale destacar que existen otras causas menos frecuentes de hipotiroidismo, entre las que sobresalen las tiroiditis virales, la falta de desarrollo de la glándula (denominada agenesia cuando falta por completo e hipoplasia cuando el desarrollo es parcial), algunos fármacos y la remoción quirúrgica de la tiroides.

A pesar de esta versatilidad de posibles

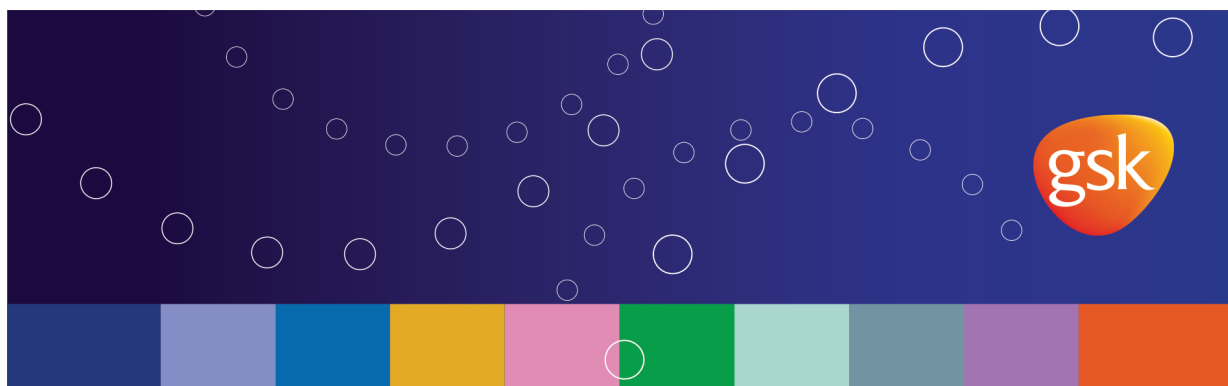
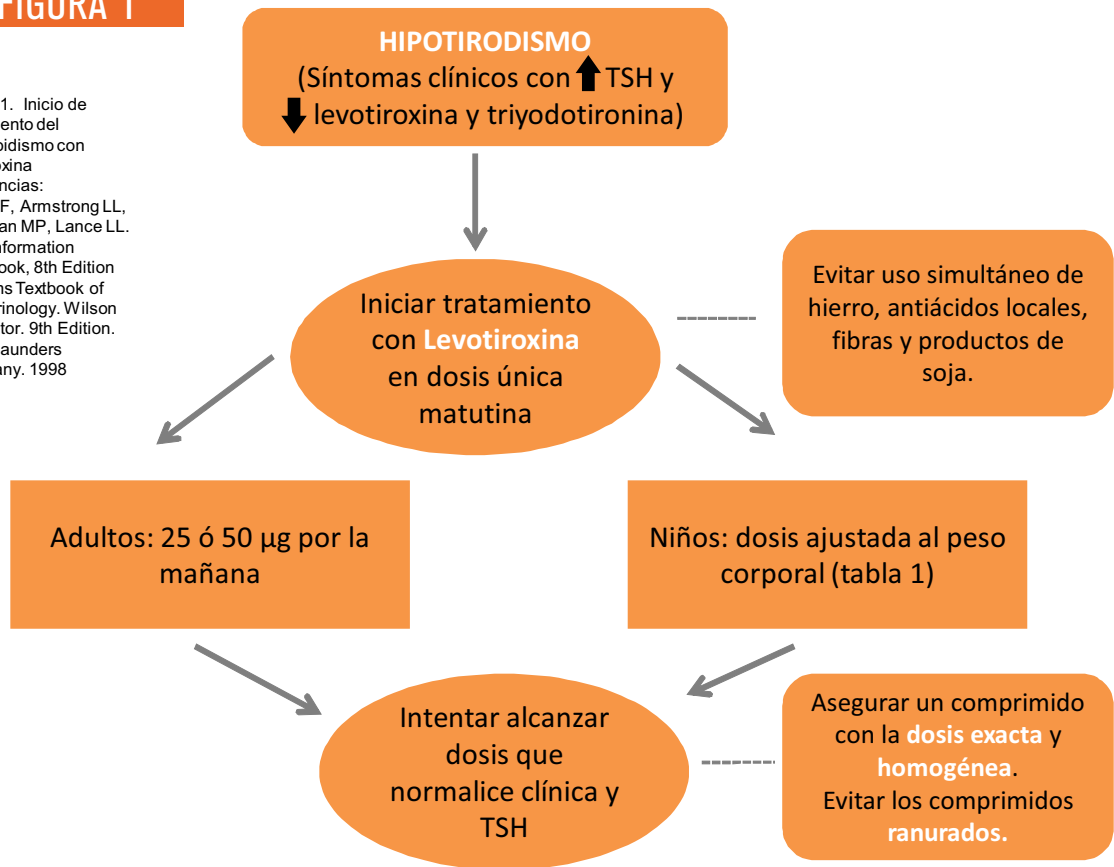


FIGURA 1

Figura 1. Inicio de tratamiento del hipotiroidismo con levotiroxina
Referencias:
Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. Drug Information Handbook, 8th Edition
Williams Textbook of Endocrinology, Wilson JD, editor. 9th Edition. W.B. Saunders Company. 1998



causas, el tratamiento del hipotiroidismo consiste en todos los casos en la administración de levotiroxina para sustituir la función perdida de la glándula. Prácticamente en todos los pacientes afectados, el fármaco se indica por vía oral en una única toma diaria matutina.

Si bien el objetivo habitual en las personas hipotiroideas adultas es tratar de alcanzar una dosis final de 1,6µg/kg, el esquema de tratamiento debe ser personalizado para lograr los mejores resultados. Así, en los pacientes mayores de 65 años, esta propuesta

de dosis final puede modificarse debido a la menor absorción de la levotiroxina en el tubo digestivo o bien a la reducción de su metabolismo.

La dosificación puede variar durante las primeras semanas hasta alcanzar las metas deseadas. Es importante facilitar la adherencia al tratamiento, para lo que la administración de comprimidos fáciles de ingerir y preferiblemente pequeños ayudan al paciente a cumplir con el tratamiento. Por otra parte, la dosis de cada comprimido debe ser exacta y homogénea, evitando los comprimidos ra-

nurados, para poder asegurar la dosis exacta que el cuerpo necesita.

Una vez que se ha llegado al diagnóstico del hipotiroidismo, se recomienda administrar una dosis inicial de levotiroxina de 50µg (en el caso de los adultos mayores, puede preferirse una dosificación de 25µg en un comienzo) que se indican en ayunas por la mañana.

Ciertos fármacos e incluso algunos alimentos de uso frecuente pueden modificar la absorción de la levotiroxina, por lo cual deben administrarse separados por al menos 4

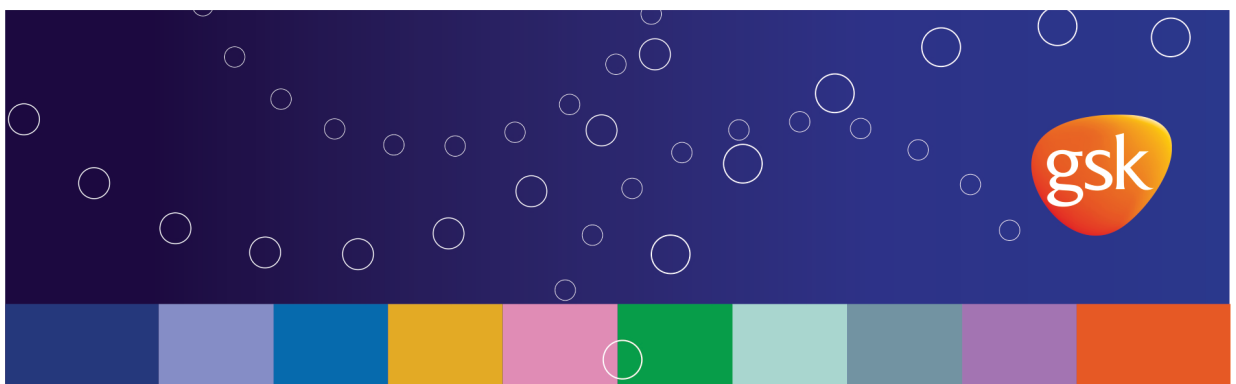


TABLA 1

Tabla 1. Dosis de Levotiroxina en el tratamiento del hipotiroidismo	
Adultos menores de 65 años	
Dosis inicial: 50 µg; dosis final deseada: 1,6 µg/kg	
Adultos mayores de 65 años	
Dosis inicial: 25 µg; dosis final deseada: 1 a 1,6 µg/kg	
Embarazadas	
La dosis varía individualmente y se define con el médico tratante	
Niños	
0 a 3 meses: 10-15 µg/kg	1 a 5 años: 5-6 µg/kg
3 a 6 meses: 8-10 µg/kg	6 a 12 años: 4-5 µg/kg
6 a 12 meses: 6-8 µg/kg	Adolescentes: 2-3 µg/kg

Fuentes: Armstrong LP, Goldman MP, Lance LL. Drug Information Handbook, 8th Edition. Lacy CF, Armstrong LP, Goldmann MP, Lance LL, editor. 9th Edition. W.B. Saunders Company, 1998. Williams Textbook of Endocrinology. Wilson JD, editor. 9th Edition. W.B. Saunders Company, 1998

a 5 horas (figura 1).

En el caso de los pacientes pediátricos con hipotiroidismo, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno pueden evitar las muy graves consecuencias de esta enfermedad sobre el desarrollo del sistema nervioso central, como el cretinismo.

En la Argentina, la prueba de detección neonatal denominada FEI asegura el reconocimiento temprano del hipotiroidismo en los primeros días de vida y permite así el rápido comienzo de la terapia sustitutiva con levotiroxina. En los pacientes pediátricos, la dosis final de este fármaco se calcula en función del peso corporal y de la edad (tabla 1). El embarazo representa una circunstancia específica de gran importancia, ya que los cambios fisiológicos propios de la gestación dan lugar a variaciones en la absorción, distribución y transporte de las hormonas. Por

lo tanto, la dosis requerida de levotiroxina suele ser mayor que la que se utiliza en otras etapas de la vida de la mujer y se requiere un minucioso ajuste de la dosificación por parte del especialista para lograr el mejor resultado para la madre y el feto.

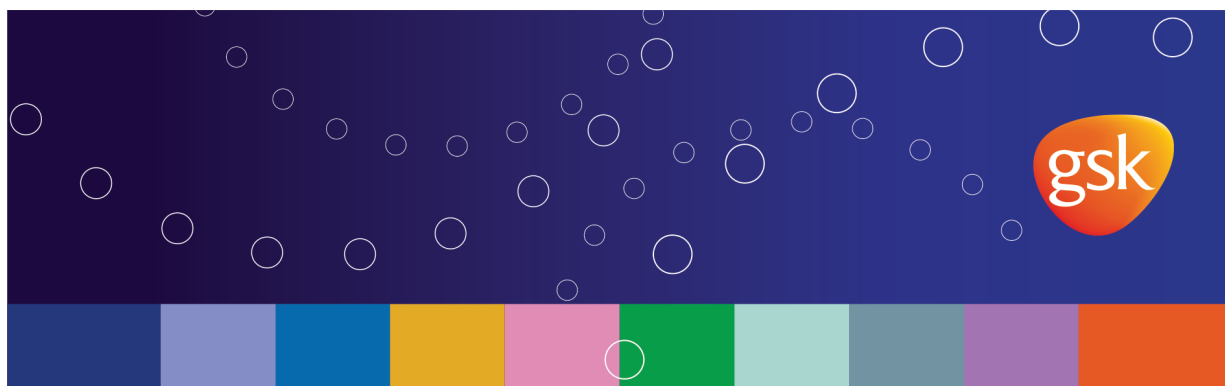
En todos los casos, las modificaciones de la dosis se efectúan con una periodicidad de 4 a 6 semanas. Los mejores parámetros para definir estos cambios en la dosificación de la levotiroxina son, en primer lugar, las manifestaciones clínicas de los pacientes y, en segundo término, las variaciones de los niveles de TSH y hormonas tiroideas en los exámenes de laboratorio solicitados. Una vez alcanzada la dosis que se considere óptima, las evaluaciones de control pueden efectuarse una vez al año, salvo que alguna circunstancia especial (embarazo, agregado de otros medicamentos, intercurencias

graves de salud) requiera una visita adelantada al profesional tratante.

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO

Los avances en los métodos de diagnóstico de laboratorio han motivado la detección de numerosos casos en los cuales los valores de TSH se encuentran apenas elevados, pero con niveles normales de hormonas tiroideas y manifestaciones clínicas mínimas o incluso ausentes.

Esta afección se conoce como hipotiroidismo subclínico y existe gran debate acerca de la necesidad real de tratamiento de estos pacientes. Se ha demostrado que ciertos grupos de personas con hipotiroidismo subclínico tienen una mayor probabilidad de conversión al hipotiroidismo manifiesto a lo largo del tiempo, por lo cual en esas cir-



EVALUACIÓN MÓDULO 3

cunstances se prefiere iniciar tratamiento.

Los casos más destacados en ese sentido lo constituyen los pacientes con niveles de TSH mayores de 10mU/l (con hormonas tiroideas normales) y las personas con síndrome de Down. En ambos grupos de pacientes, así como en las embarazadas con hipotiroidismo subclínico, se recomienda fuertemente comenzar el tratamiento con levotiroxina como si se tratara de formas de hipotiroidismo manifiesto. Por el contrario, en los restantes sujetos con hipotiroidismo subclínico, la posibilidad de iniciar la terapia dependerá de la opinión del médico tratante y del acuerdo con el paciente.

DOSIS SUPRESIVAS

En aquellos pacientes que presentan nódulos tiroideos en crecimiento o que han padecido cáncer de la glándula tiroidea, puede ser necesario el uso de dosis mayores de levotiroxina. En estos pacientes, se aprovecha la capacidad de la levotiroxina de inhibir la liberación de TSH a nivel de la hipófisis. Al reducir los niveles circulantes de esa hormona, se impide su efecto trófico sobre la tiroidea y así se evita el crecimiento tanto de posibles nódulos como de remanentes tumorales.

Esta forma de utilización de la medicación requiere del aporte multidisciplinario de todo el equipo de tratamiento de estos pacientes complejos para obtener los mejores resultados y evitar las complicaciones o la recidiva de estas graves afecciones. ■

* *Médica Pediatra especializada en Diabetes y Nutrición infanto-juvenil. Gerente Médica a cargo de las siguientes áreas terapéuticas: Urología, Dermatología y Metabolismo (Osteoporosis, Diabetes y patologías tiroideas) del laboratorio GlaxoSmithKline.*

1. La dosis inicial recomendada del tratamiento con levotiroxina es de (elija la correcta):

- a) 30mg.
- b) 50mg.
- c) 75mg.
- d) 100mg.
- e) Ninguna es correcta.

2. ¿Cómo se denomina la prueba de detección neonatal de hipotiroidismo?

- a) FAI.
- b) FEI.
- c) FOI.
- d) FUI.

3. Señale V o F. El hipotiroidismo subclínico se caracteriza por tener los valores de TSH apenas elevados, pero con niveles normales de hormonas tiroideas y manifestaciones clínicas mínimas o incluso ausentes:

- a) V.
- b) F.

Nota: las preguntas se podrán contestar manera online en www.revistadosis.com.ar. Al finalizar el curso se publicará también la evaluación completa.

BIBLIOGRAFÍA

1. GRAY'S ANATOMY. THE ANATOMICAL BASIS OF CLINICAL PRACTICE. STANDING S, EDITOR. 41ST EDITION. NEW YORK: ELSEVIER LIMITED, 2016.
2. TORTORA G.J, DERRICKSON B. PRINCIPLES OF ANATOMY AND PHYSIOLOGY. 12TH EDITION. JOHN WILEY & SONS, INC. 2009.
3. WILLIAMS TEXTBOOK OF ENDOCRINOLOGY. WILSON JD, EDITOR. 9TH EDITION. W.B. SAUNDERS COMPANY. 1998.
4. LACY CF, ARMSTRONG LL, GOLDMAN MP, LANCE LL, EDITORS. DRUG INFORMATION HANDBOOK, 8TH EDITION, 2000-2001. LEXI-COMP, OHIO.