

# Árboles de decisión en patología tiroidea

**José Muñoz Márquez**

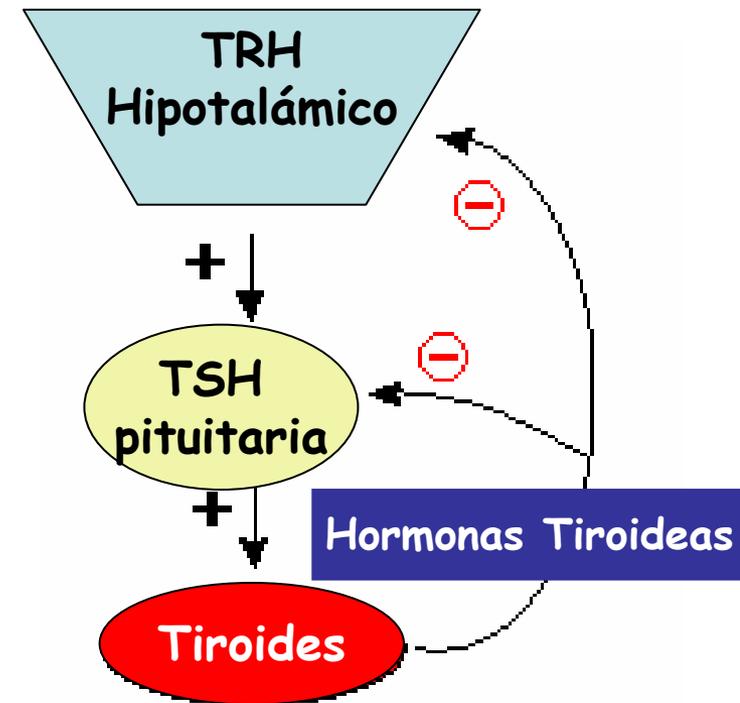
# Evaluación clínica inicial de la Función Tiroidea

La determinación inicial debe ser la TSH sérica

TSH mU/L	mU/L		TSH	¿Qué pedimos?	Pruebas adicionales
	100		→	elevada	→ T4L
10		→	¿Hipotiroidismo subclínico?	→ T4L	
4 0.4		→	normal	→ No realizar más pruebas	
0.3		→	baja	→ T4L y T3L	} Ac. Tiroideos Ecografía?
≤0.1		→	suprimida	→ T4L y T3L	

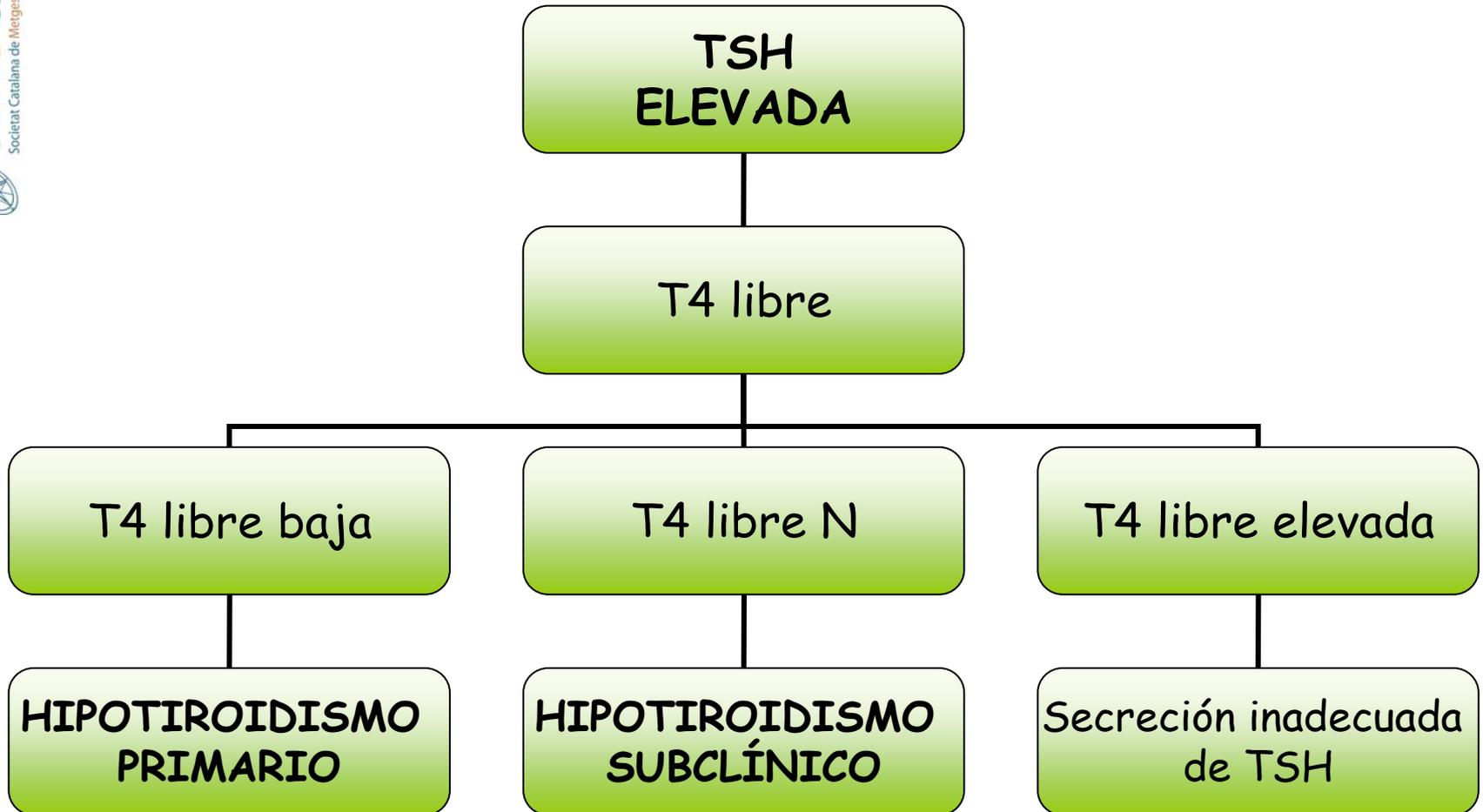
# Eje Hipotálamo-Hipófiso-Tiroideo

Diagnóstico	TSH	T4L
Hipotiroidismo subclínico	↑	N
Hipotiroidismo primario	↑	↓
Hipotiroidismo central... o no!	Leve ↑ - N - ↓	↓
Hipertiroidismo subclínico	↓	N
Hipertiroidismo primario	↓	↑

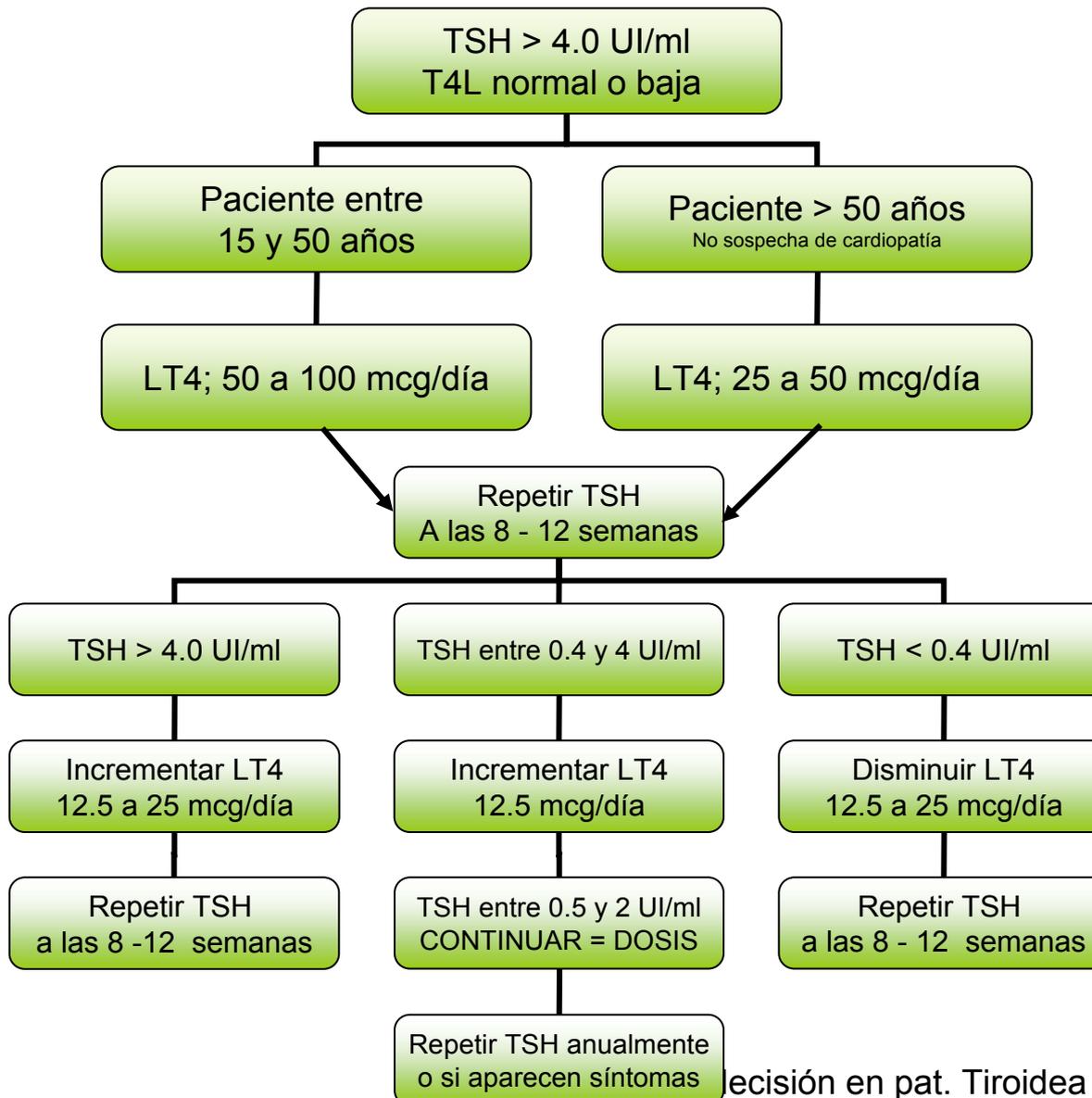


N = normal

# Interpretación de los valores de hormonas tiroideas. Diagnostico de HIPOTIROIDISMO



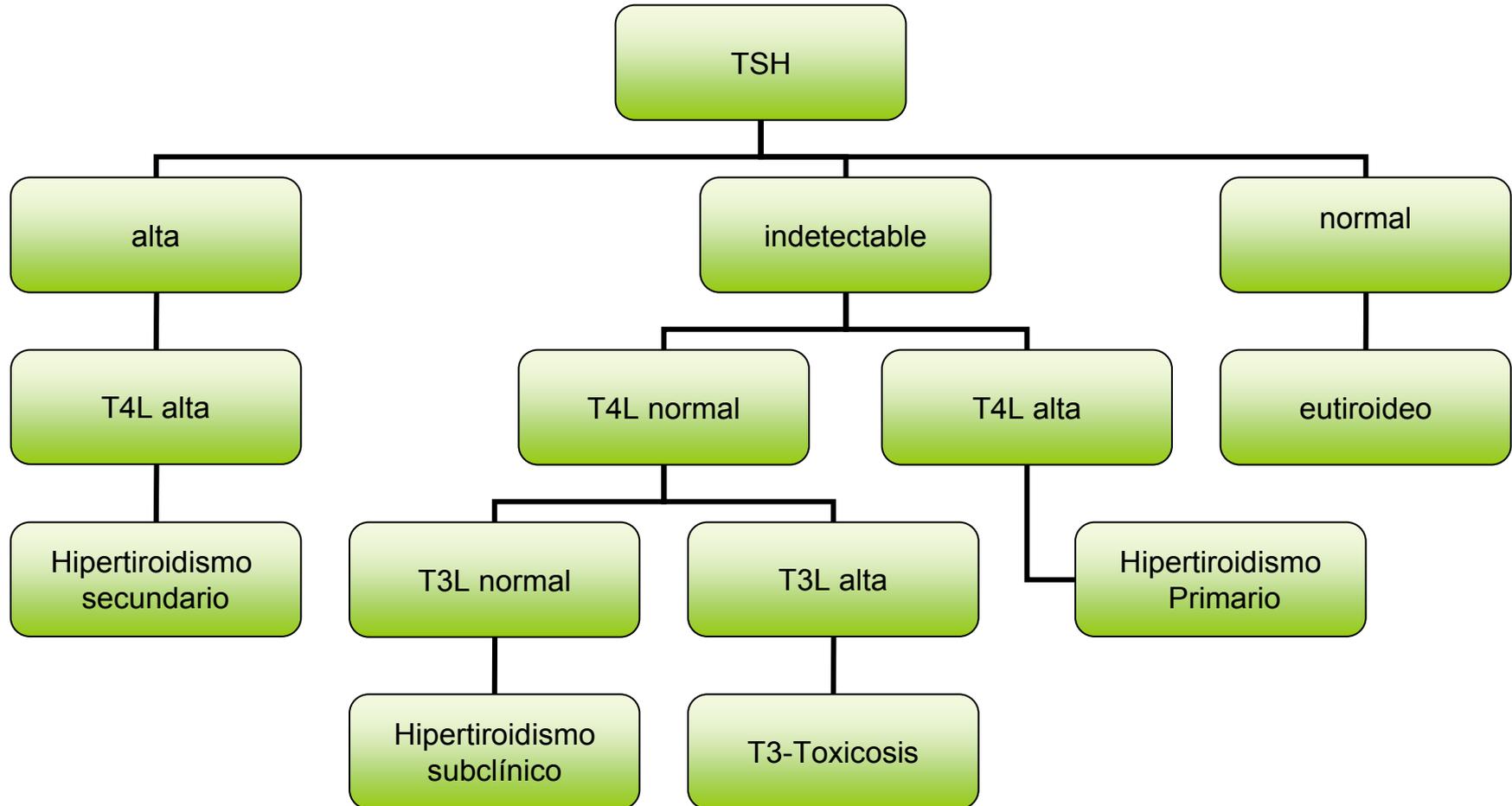
# Tratamiento del Hipotiroidismo



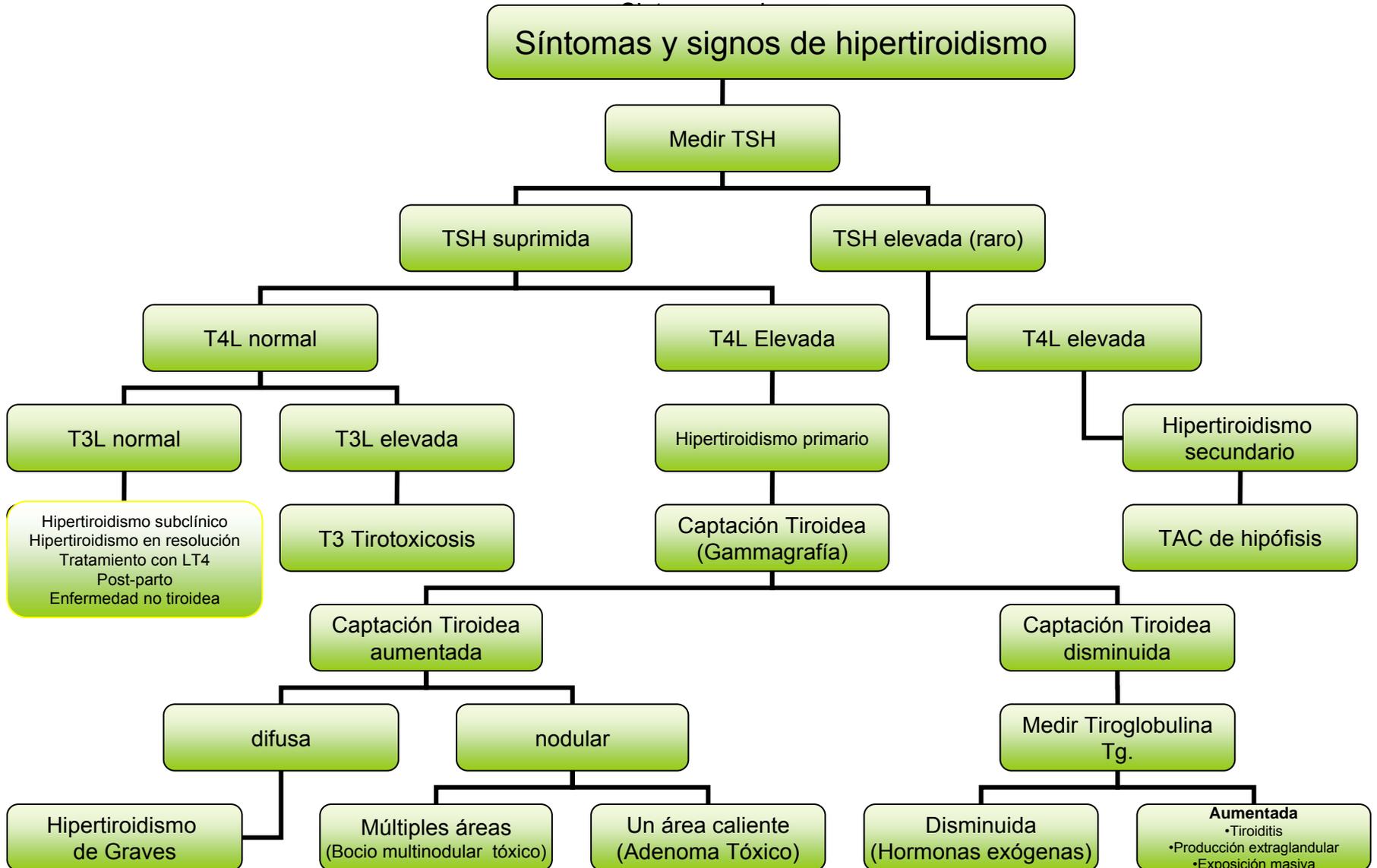
## Condiciones que requieren una Atención especial

- Cardiópatas
- Embarazadas
- < 15 años
- Estupor y coma
- Amiodarona
- Preoperatorio y UCI
- Hipo Natremia (Na < 130)
- TSH persistentemente elevada o que no responde a LT4
- Síntomas de E. Hipofisaria
- Recordar GRTH y PRTH
- Función No Supresiva en E. de Graves y Hashimoto

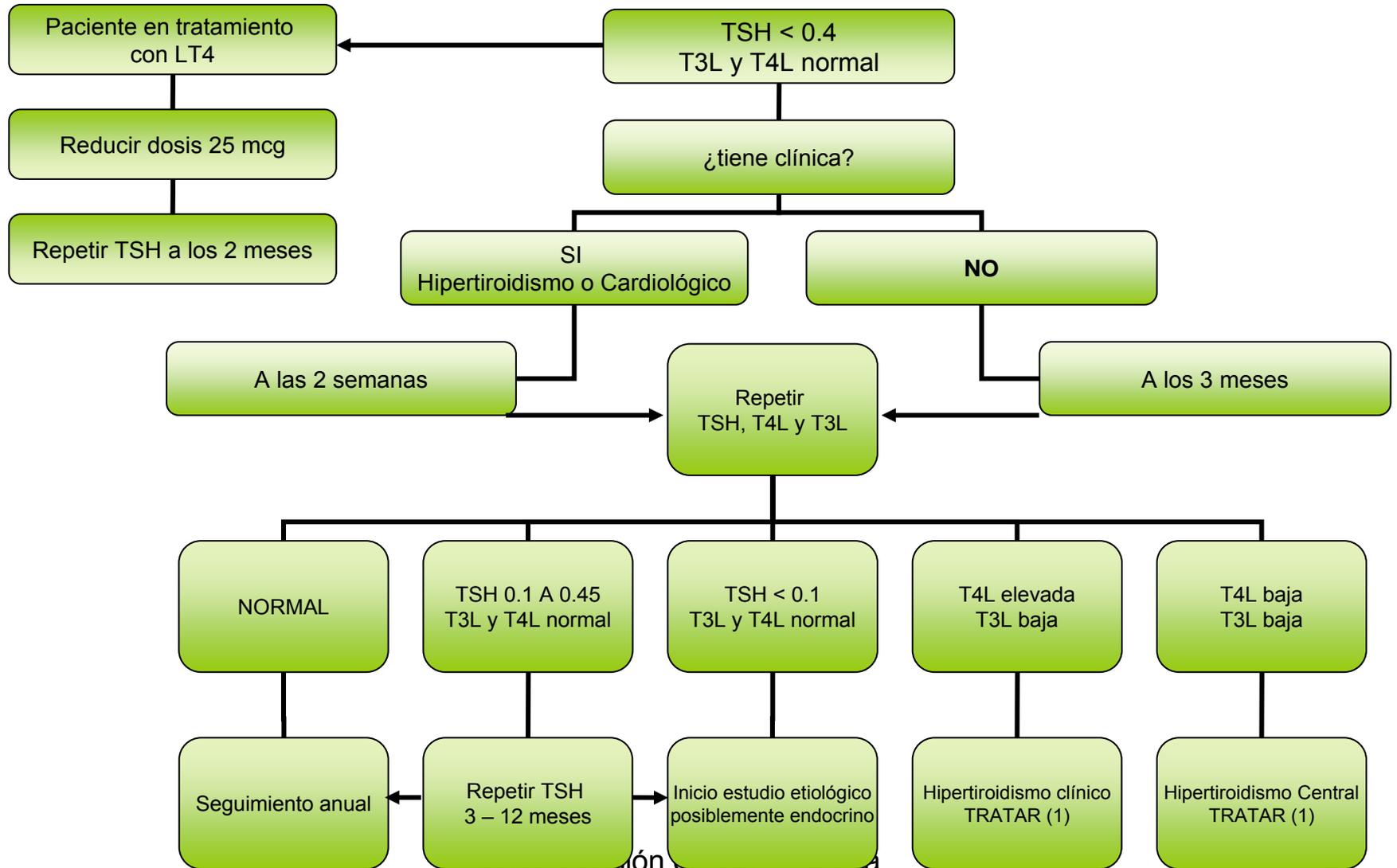
# Diagnóstico bioquímico de Hipertiroidismo



# Resumen Hipertiroidismo

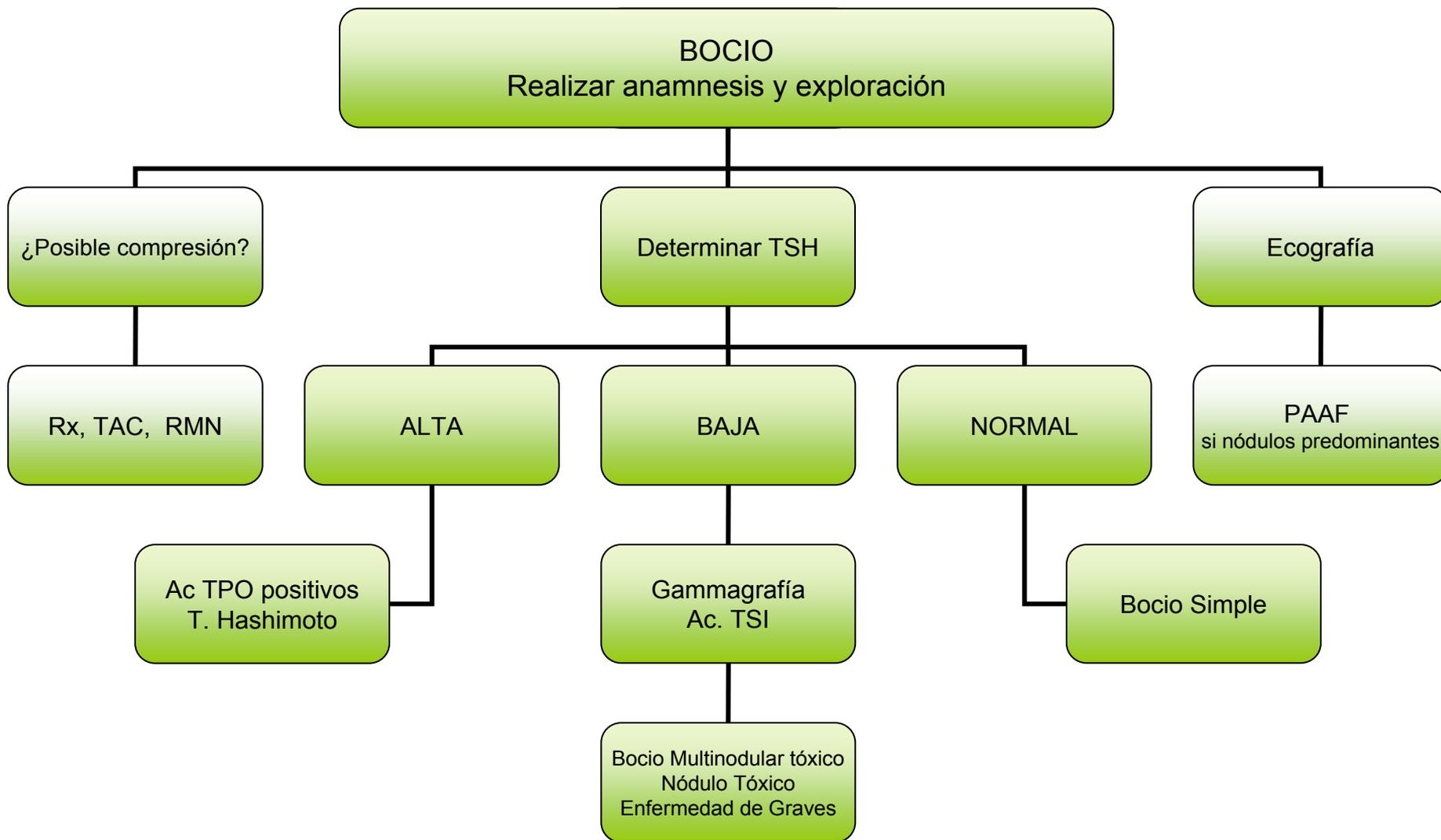


# Evaluación clínica de TSH baja

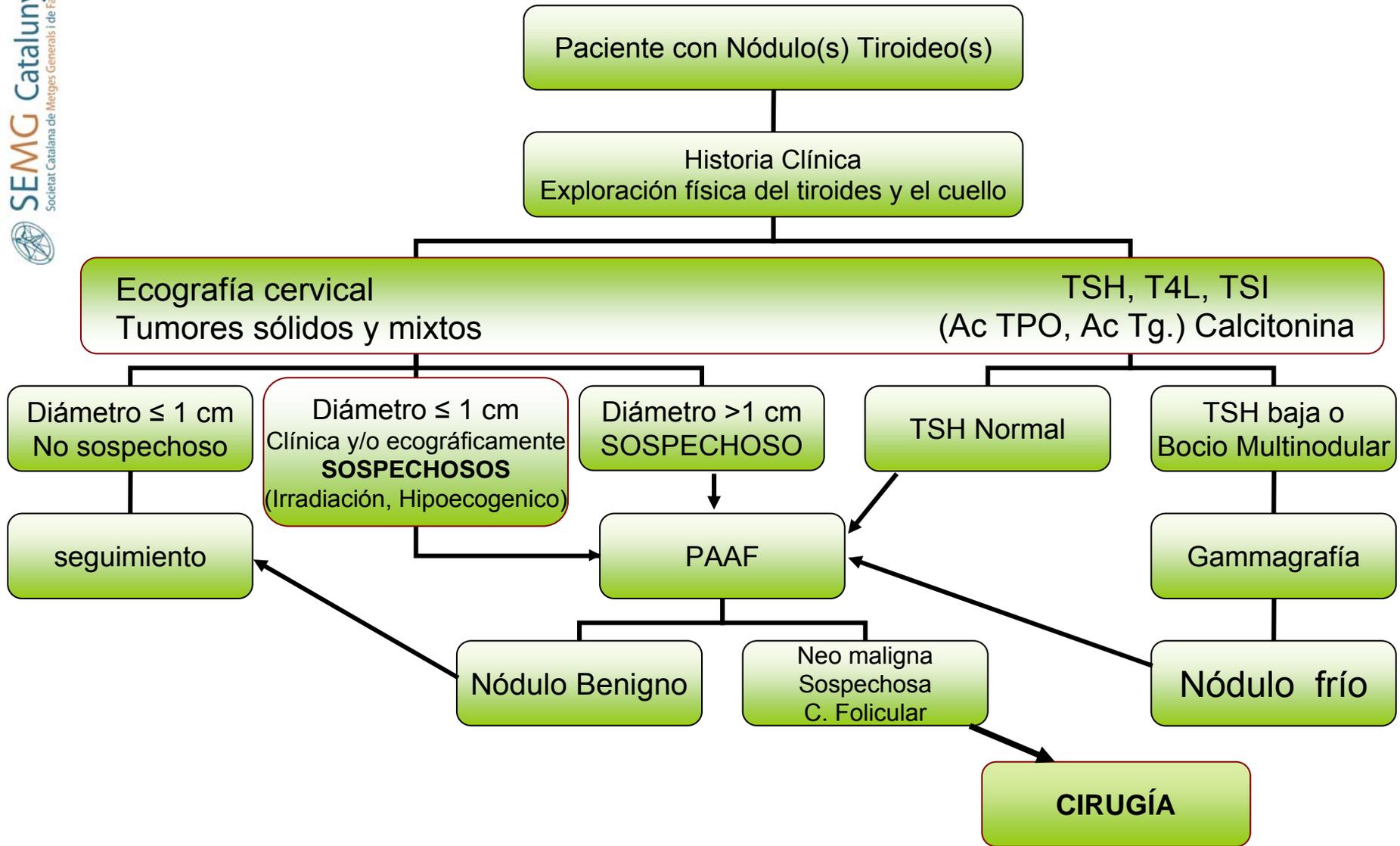


(1) Iniciar tratamiento y enviar a Endocrinólogo

# Actitud diagnóstica ante un BOCIO



# Aproximación clínica al paciente con nódulo(s) tiroideo(s)



# Hipertiroidismo subclínico

## Estudio etiológico de la TSH baja

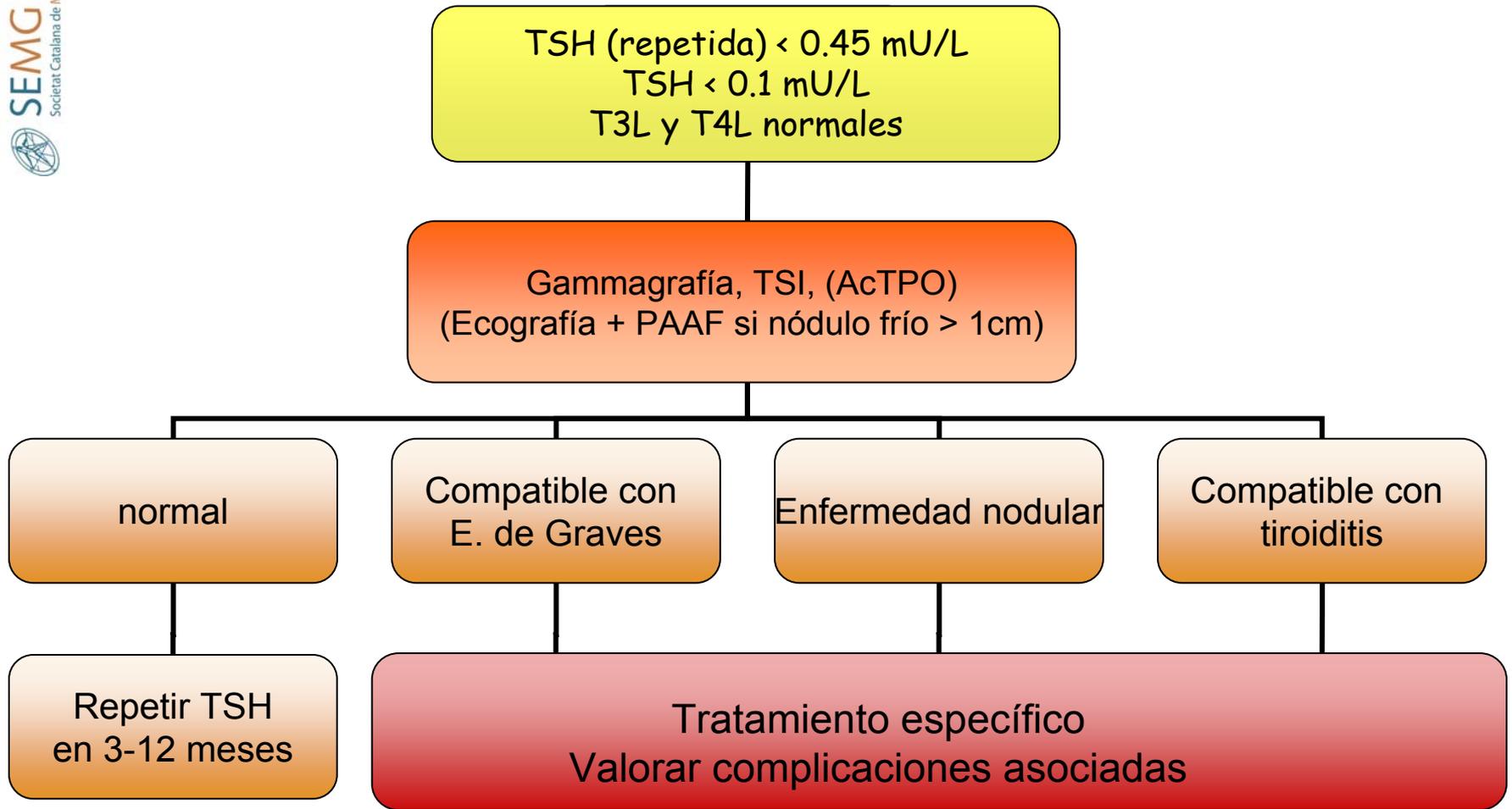
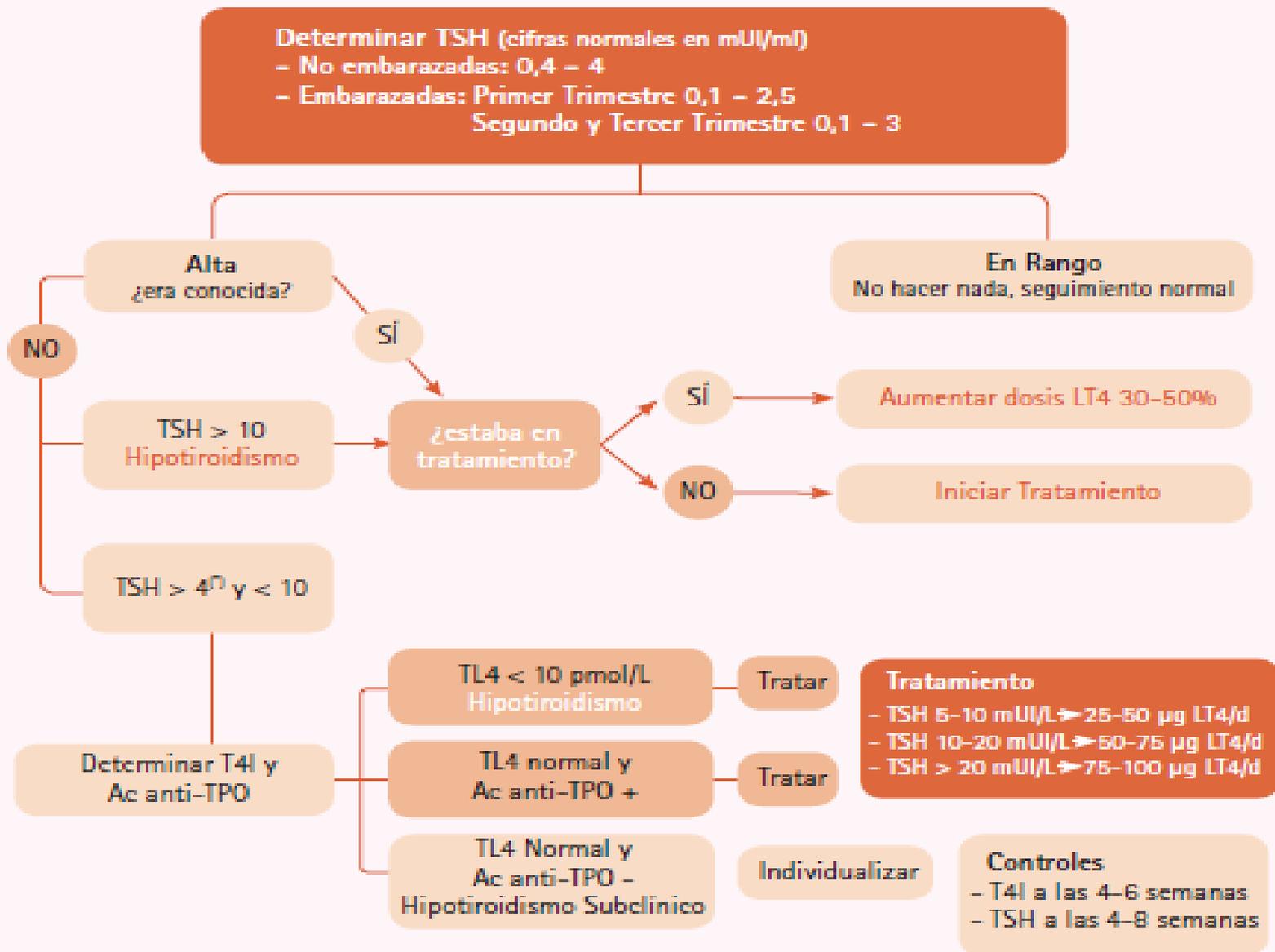


Figura 2. Diagrama de decisión en embarazadas

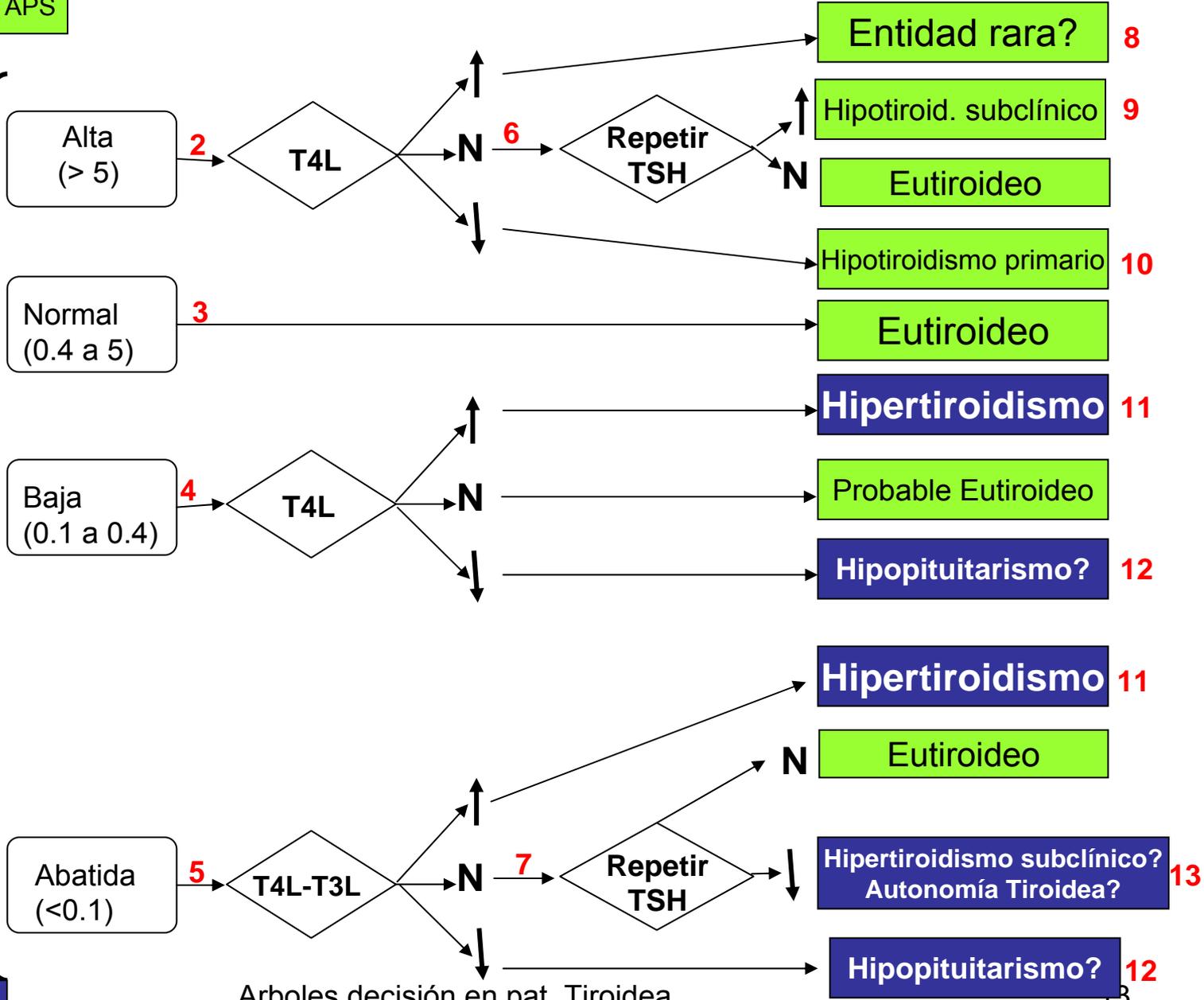


\* La ATA considera patológico cifras superiores a 2,5 mUI/ml, pero no hay consenso.

Pueden controlarse en APS

**TSH**  
( $\mu\text{UI/ml}$ )

1



Arboles decisión en pat. Tiroidea

Derivar a Endocrino

## Resumen Estudio de la Función tiroidea

1. La determinación única de TSH, mediante técnica ultrasensible, es el test de elección más comúnmente aceptado para el estudio inicial de la función tiroidea. Sobre la base de su resultado, el Laboratorio generará sistemáticamente las demás determinaciones que resulten necesarias. **En el caso de existir discordancia clínico- analítica, puede ser necesario ampliar estudios y/o consultar al Endocrinólogo.**
2. Una cifra alta de TSH sugiere hipotiroidismo primario (raramente otros procesos), y generará la determinación de T4L, facilitando la orientación diagnóstica.
3. El valor de la TSH dentro del margen de normalidad sugiere eutiroidismo, y no deberán realizarse otras determinaciones de función tiroidea, salvo discordancia clínica al respecto.
4. Un valor moderadamente bajo de la TSH es compatible con distintas situaciones clínicas, si bien el hipertiroidismo suele cursar con cifras muy bajas de dicha hormona. En general, la determinación de T4L bastará para completar la orientación diagnóstica.
5. Cuando la TSH muestra cifras muy bajas, se añade la determinación de T4L. Si el resultado de ésta última fuera normal, sería necesario determinar también la T3L (posibilidad de hipertiroidismo por T3), no siendo imprescindible en caso contrario.
6. La presencia de TSH elevada con T4L normal, requiere la repetición de TSH en una muestra diferente (al cabo de unas 6 semanas, salvo discordancia clínica), para descartar un error inicial y/o completar con otros estudios de persistir alterada.
7. Una cifra de TSH muy baja con T4L y T3L normales sugiere un error en la determinación de la TSH, autonomía tiroidea o ingesta exógena de tiroxina. Requiere la repetición de TSH en una muestra diferente (al cabo de unas 6 semanas, salvo discordancia clínica).
8. La presencia de **TSH y T4L elevadas** sugiere la existencia de error en alguna fase del proceso analítico o una entidad rara (ej.: Resistencia a hormonas tiroideas). En dicha situación se debe remitir al paciente, con carácter preferente, al **Endocrinólogo**.
9. Cuando la TSH se muestra repetidamente alta con T4L normal, suele ser debido a una insuficiencia tiroidea incipiente (hipotiroidismo subclínico). Es conveniente completar el estudio diagnóstico (anticuerpos antitiroideos...) y considerar si requiere o no iniciar tratamiento con L-Tiroxina (LT4) lo cual no suele ser necesario con cifras de TSH inferiores a 10  $\mu$ UI/ml.
10. La **TSH alta con T4L baja** establece el diagnóstico de **hipotiroidismo primario**, el cual podemos manejar desde APS, evidentemente con todas las cautelas. Recordar que para encontrar cifras de T4L inferiores a 10, normalmente la TSH sea superior a 35-40, por lo que debemos valorar la causa,
  - a. si se trata de un problema transitorio o no,
  - b. si existe algún otro trastorno asociado (ej.: Insuficiencia suprarrenal en cuyo caso no iniciaremos tratamiento con LT4 hasta que esta se haya compensado)
  - c. el contexto clínico (una evolución muy prolongada, especialmente si existe riesgo de alteración hemodinámica, obligaría a instaurar el tratamiento con mucha cautela).
  - d. Si no estamos seguros, puede ir bien una llamada al Endocrinólogo.**
11. En presencia de **hipertiroidismo** el paciente debe ser remitido al **Endocrinólogo**, con carácter *preferente*, para completar su valoración diagnóstica-etiológica, selección de la terapéutica más conveniente según cada caso y manejo del paciente hasta la resolución definitiva del hipertiroidismo.
12. La **sospecha de hipopituitarismo** implica la necesidad de consulta, *a la mayor brevedad posible*, por un **Endocrinólogo**
13. En presencia de TSH repetidamente baja con T4L y T3L normales, hay que considerar la posibilidad de autonomía tiroidea (adenoma autónomo, etc.). Puede ser necesario el tratamiento en algunos casos. **Si no estamos seguros**, también puede ir bien una **llamada al Endocrinólogo**.