

HOSPITAL MILITAR CENTRAL "DR. CARLOS J. FINLAY"

Hipotiroidismo. Causas y cuadro clínico

*Dr. Manuel Vales Garda, Dr. Sergio Martínez Arguelles, Dr. Felipe Gil Díaz,
Dr. Carlos Alvarez Carballo, Dr. Alberto Molina Milién*

Vales García, M. y otros: *Hipotiroidismo. Causas y cuadro clínico.*

Se estudian 60 pacientes con hipotiroidismo; 52 (87%) del sexo femenino y 8 (13%) del masculino. Las formas primarias de esta enfermedad tuvieron un amplio predominio y dentro de ellas el hipotiroidismo idiopático (espontáneo, que fue el más frecuente. Se detectaron formas floridas de la enfermedad en 25 (41%) pacientes; otros 25 (41%) presentaron formas ligeras de la afección y en 10 (18%) se observó formas subclínicas de hipotiroidismo. El tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas dio resultados satisfactorios en la totalidad de los pacientes.

INTRODUCCION

El hipotiroidismo fue descrito por primera vez por *Gull*,¹ *Ord*² propuso el término de mixedema para dicha afección; posteriormente *Haliburton*,³ en 1893 consideró que no todos los pacientes afectados de hipotiroidismo padecían de mixedema y que este último era la fase más avanzada del hipotiroidismo, con infiltración de la piel y tejido celular subcutánea.³⁻⁵ Esta enfermedad ocurre entre el 0,5-1 % de la población,^{6,7} aunque es posible detectar deficiencias bioquímicas en la producción de hormonas tiroideas hasta el 5 % de la población.^{6,7} Desde el punto de vista etiológico el hipotiroidismo se divide en primario, secundario, terciario⁸⁻¹⁰ y aun de tipo periférico,¹⁰ esto se debe a un déficit al nivel tiroideo, hipofisario, hipotalámico o de los tejidos periféricos.

La forma más frecuente es la espontánea o idiopática,⁸ aunque también la yatrogénica (cirugía, iodo radiactivo) puede presentarse en un gran número de enfermos.^{4,5,8}

Esta entidad clínica tiene un amplio predominio en el sexo femenino con una relación de 5:10:1 a favor del mismo para la forma idiopática de la enfermedad.^{2,11} Desde el punto de vista clínico el hipotiroidismo puede

* Especialidad de I Grado en Endocrinología. Jefe del Servicio de Endocrinología.

** Residente de 2do. año en Medicina Interna.

***Especialista de I Grado en Medicina Interna.

****Especialista de I Grado en Medicina Interna.

*****Residente de 1er. año de Endocrinología.

catalogarse como florido, ligero y subclínico, llamado este último hipotiroidismo compensado,^{2,4,5} desde este punto de vista la enfermedad semeja a un *iceberg*, pues solo es visible una pequeña parte de los pacientes que padecen esta afección, pues la mayoría presentan formas atenuadas o subclínicas de la enfermedad;^{2,11} además debemos señalar que el hipotiroidismo es una enfermedad que predomina entre los 30-60 años de edad,⁵ Por todo lo anteriormente señalado, podemos deducir la importancia que tiene realizar un estudio detallado de estos pacientes.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 60 pacientes con hipotiroidismo, que fueron valorados por Consulta Externa de Endocrinología durante el período comprendido entre abril de 1983 a marzo de 1984.

Se aceptó que padecían de hipotiroidismo a aquellos pacientes que presentaban los síntomas y signos propios de esta afección y/o que desde el punto de vista del laboratorio tuvieran los siguientes resultados.¹⁰

PBI: inferior a 3,5 μ J.g %

T4 (RÍA): inferior a 5,5 μ g %

Captación de ¹³¹I (iodo radiactivo) a las 24 horas: inferior a 15 % de la dosis recibida.

Tirotropina (TSH): valores superiores a 4,5 microunidades por mililitros.

Los pacientes que reunieran todas estas características se consideró que padecían de un hipotiroidismo florido,^{2,4,5,11} benigno o ligero si no reunían todas estas características de la enfermedad y subclínica o compensado, que al presentar pruebas de la función tiroidea dentro de los límites normales, tengan elevación de la tirotropina plasmática (TSH).^{2,4,5,11,14}

Se tomaron en consideración los siguientes aspectos:

Etiología: Primaria, secundaria o terciaria.

Edad de comienzo 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 y más años.

Sexo: femenino y masculino

Tipo clínico: florido, ligero y subclínico.

Síntomas y signos: los métodos estadísticos empleados fueron:

- Porcentaje
- Promedio
- Error estándar de los porcentajes
- Nivel de significación: $P < 0,001$
- Los resultados se expresaron en tablas.

RESULTADOS Y DISCUSION

En nuestra serie de pacientes fue mucho más frecuente la presencia de hipotiroidismo primario (tabla 1), donde encontramos que 57 (95 %) ($P < 0,001$) de los mismos estaban en este grupo y sólo 3 (5 %) eran de

causa secundaria. Dentro de la causa primaria encontramos que 28 (46 o) (tabla 2), eran debido a una atrofia idiopática de la glándula, 15 (25 %) como resultado de tratamiento con iodo radiactivo; 10 (16,6 %) posquirúrgico y 4 (16,6) debido a una tiroiditis crónica.

Tabla 1. *Causa*

	No.	%
Primaria	57	95
Secundaria	3	5
Total	60	100

Tabla 2. *Causa según enfermedades*

	No.	%
Primaria		
Idiopática espontánea	28	46
Post-iodo-radiactiva	15	25
Posquirúrgica	10	16,6
Tiroiditis crónica	4	6,6
Secundaria		
Tumoral	1	1,6
Síndrome de Sheehan	1	1,6
Infecciones del Sistema Nervioso Central	1	1,6
Total	60	100

Nuestros hallazgos coinciden con lo señalado por *Lamberg*,⁸ quien encontró 43 casos (25 %) de hipotiroidismo idiopático en su serie, así como 22,5 % post-iodo radiactivo, posquirúrgico el 17 % y debido a tiroiditis crónica el 7,75 %. Otros autores como *Means*,¹ *Ingbar*⁴ y *Burgi*,⁵ señalan también el mismo orden descendente en relación con la causa en los pacientes que parecen de hipotiroidismo primario.

Actualmente, se considera que la atrofia idiopática de la glándula es el final de un proceso inflamatorio crónico que afecta a la misma,⁵ en estos pacientes se encuentran anticuerpos en el 83 % de ellos, contra los diversos componentes del tiroides,⁵ esto sólo se supera en los casos bien diagnosticados de tiroiditis crónica, lo cual está de acuerdo con lo planteado por autores como *Doniach*¹⁵ y *Bastenie*,^{16,17} quienes señalan que esta forma de hipotiroidismo no es más que una enfermedad autoinmune. En cuanto a los pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo secundario (tabla 2), uno era secuela de un tumor hipofisario (adenoma cromóforo), otro debido a un síndrome de Sheehan y el último producto de una meningoencefalitis bacteriana, en este último caso el no haber podido realizar una prueba de TRH (factor liberador de tirotrópina),¹⁰ no nos permitió precisar si el mismo era debido a un fallo hipotalámico, por lo que padecía de un hipotiroidismo terciario.^{4,5,10}

En cuanto al sexo (tabla 3) 52 pacientes (82 %) eran del sexo femenino (P < 0,001) y 8 (13 %) del masculino, para una proporción 6,5:1 a favor del sexo femenino.: *Hall* y *Scanlon*² señalan una proporción 10:1 favorable al sexo femenino, otros autores,^{1,4,5,9,10} también mencionan un amplio predominio del sexo femenino sobre el masculino.

Tabla 3. Sexo

	No.	%
Femenino	52	87
Masculino	8	13
Total	60	100

En nuestro grupo de pacientes (tabla 4) fue más frecuente el comienzo de la enfermedad entre los 30-59 años, donde encontramos que 40 (66,7 %) de todos los pacientes tuvieron su diagnóstico desde el punto de vista clínico, con una disminución progresiva de la presencia de la enfermedad según se alejaban los pacientes de esos grupos de edades, *Hall*² señala que esta afección tiene mayor frecuencia en este rango de edad, al igual que autores como *Burgi*,⁵ *Ingbar* y *Woeber*⁴ y otros,^{1*3,9} coincidiendo por tanto nuestros resultados con lo informado por otros autores.

Tabla 4. Edad de debut

Años	No.	%
10-19	5	8,5
20-29	10	16,
30-39	12	20
40-49	13	21,
50-59	15	25
60-69	4	6,6
70 y más	1	1.6
Total	60	100

Según el grado de la afección (tabla 5), tenemos que 25 (41 %) eran de tipo florido, es decir, el clásicamente descrito ^{2,4,5,11} 25 (41 %) padecían formas ligeras de la enfermedad y 10 (18 %) de tipo subclínico o compensado, defecto tiroideo que se puede detectar únicamente en aquellos pacientes que como describió *Bástenle*,¹⁷ y es señalado por otros autores,^{4,5,11} presentan niveles elevados de tirotrópina (TSH) en sangre, lo que constituye según estos autores, esta forma clínica un factor de riesgo coronario; de lo anterior resulta necesario, por tanto, señalar que ante la sospecha de hipotiroidismo, aun sin una sintomatología clínica evidente, es necesario una anamnesis y un estudio de laboratorio detallado para llegar al diagnóstico de las formas ligeras de la enfermedad y de las no evidente clínicamente. Los principales síntomas y signos detectados en estos pacientes (tabla 6) fueron en orden descendente.

Los síntomas y signos como: debilidad en 45 (75 %) pacientes, piel seca en 42 (70 %), disminución del sudor en 42 (70 %), piel gruesa en 40 (66 %). edema periférico en 39 (65 %), caída del cabello en 37 (61 %) piel fría en 35 (58 %) pacientes, edema facial en 35 (58 %) pacientes, aumento de peso en 32 (53 %), edema parpebral en 32 (53 %), sensación de frío en 32 (53 %), así como en menor frecuencia palpitations, nerviosismo, ano-

rexia, constipación, trastornos menstruales, amenorrea, galactorrea y otros son los hallazgos de nuestra serie que coinciden, en gran medida, con lo señalado por *Ingbar*⁴ y *Means*¹ y lo creemos debido al hecho de que no todos los pacientes tenían un hipotiroidismo florido, sino en gran número formas ligeras o subclínicas de dicha afección, que como es sabido no son infrecuentes.

Tabla 5. *Tipo clínico*

	No.	%
Florido	25	41
Ligero	25	41
Subclínico	10	18
Total	60	100

Tabla 6. *Síntomas y signos de hipotiroidismo*

Síntomas	No.	%		No.	%
Debilidad	45	75	Nerviosismo	26	43
Piel seca	42	70	Constipación	23	38
Disminución de la sudoración	42	70	Lenguaje lento	22	36
Piel gruesa	40	66	Anorexia	20	33
Edema periférico	39	65	Dolor precordial	20	33
Caída del cabello	37	61	Lengua gruesa	18	30
Edema facial	35	58	Trastornos menstruales	18	30
Pelo engrosado	35	58	Pérdida de la memoria	17	28
Piel fría	32	53	Palidez de la piel	16	26
Edema de los párpados	32	53	Disminución de la libido	10	16
Sensación de frío	32	53	Galactorrea	6	10
Aumento de peso	32	53	Amenorrea	4	6
Palpitaciones	30	50	Artralgias	4	6

Particular atención dedicamos a 2 pacientes femeninos que presentaron cuadros de amenorrea, galactorrea asociado con un hipotiroidismo posparto, al respecto podemos señalar que *Van Wyk*,¹⁸ señala 12 casos en la literatura mundial y posteriormente *Edwards et al.*¹⁹ en 1971 señala otra paciente con esta asociación, ambas con hipotiroidismo primario, donde se ha señalado una disminución de la actividad hipotalámica de dopamina,²⁰ lo cual no sucede en el hipotiroidismo iatrogénico, esta galactorrea también se presentó en un total de 6 pacientes, todos padecían de hipotiroidismo primario espontáneo. Se ha señalado que en la evolución del hipotiroidismo primario se puede presentar galactorrea con hiperprolactinemia,^{5,20,22} aunque resulta interesante además referir que al momento del diagnóstico solamente 2 pacientes presentaban niveles elevados de prolactina en sangre.²³

En todos los casos después del tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas en dosis que oscilaban entre 120 a 240 mg al día o su equivalente en otros compuestos, regresaron los síntomas y signos clínicos, incluidos los cuadros de galactorrea, ya fuera ésta aislada o asociada con amenorrea.

CONCLUSIONES

1. En nuestro grupo de pacientes hubo un evidente predominio en el sexo femenino, así como predominaron las formas primarias de la enfermedad y dentro de estas, fundamentalmente la forma idiopática o espontánea de hipotiroidismo.
2. Desde el punto de vista clínico la presencia, síntomas y signos estuvo en relación con los pacientes que presentaron las formas floridas, ligeras o subclínicas de esta enfermedad, presentando un elevado número de las mismas formas oligosintomáticas y subclínicas, tal como se refleja en la literatura revisada.

SUMMARY

Vales García, M. et al. *Hypothyroidism. Causes and clinical picture.*

Sixty patients with hypothyroidism, 52 females (87%) and 8 males (13%), are studied. Primary forms of this disease had a wide prevalence and within them idiopathic hypothyroidism (spontaneous) was the most frequent one. Flowery forms of disease were detected in 25 patients (41%); other 25 patients (41%) presented light manifestations of the disease and in 10 patients (18%) subclinical hypothyroidism was observed. Substitute treatment with thyroid hormones showed satisfactory results in all the patients.

RÉSUMÉ

Vales García, M. et al.: *Hypothyroïdie. Causes et tableau clinique.*

Les auteurs ont étudié 60 malades atteints d'hypothyroïdie: 52 (87%) du sexe féminin et 8 (13%) du sexe masculin. Les formes primaires de cette maladie ont largement prédominé, notamment l'hypothyroïdie idiopathique (spontanée), qui a été la plus fréquente. Chez 25 malades (41%) il a été détecté des formes florides de la maladie; d'autres 25 malades (41%) ont présenté des formes légères de l'affection et chez 10 (18%) il a été observé des formes subcliniques d'hypothyroïde. Le traitement substitutif par hormones thyroïdiennes a réussi chez tous les malades.

BIBLIOGRAFIA

1. Means, J. et al.: Estados hipotiroideos en el adulto. En: Means, J. et al. (eds.): Enfermedades del tiroides, Barcelona, Ed. Toray, 1966. p. 289.
2. Hall, R. et al.: Hypothyroidism. Clinical Features and complications. Clin Endocrinol., Metabol 8: 29, 1979.
3. Pedro Pons, A.: Tratado de Patología y Clínicas Médicas. T. 5. 3ra. ed. Ed. Salvat, 1963. p. 968.
4. Ingbar, S.; K. Woerber: Hipotiroidismo del adulto. En: Williams, R. (ed.): Tratado de Endocrinología. 3ra. ed. Barcelona, Ed. Salvat, 1969. p. 240.
5. Burgi, H. et al.: Hypothyroidism in the adult. In: Labhart A. (ed.): Clinical Endocrinology. 2nd ed. New York. Springer Verlag, 1974. 152.
6. Watanakuna, B. et al.: Myxedema. A study of 400 cases. Arch Int Med 116: 183, 1965.

7. *Tumbridge, W.:* The epidemiology of hypothyroidism. *Clin Endocrinol Metabol* 8: 15, 1979.
8. *Lamberg, A.:* Aetiology of hypothyroidism. *Clin Endocrinol Metabol* 8: 14, 1979.
9. *De Croot, L.:* Hipotiroidismo y Mixedema. En: *Cecil-Loeb: Tratado de Medicina Interna* Vol. 2; 14a ed.; Madrid, Ed. Interamericana, 1978. p. 2039.
10. *Varios:* Normas de diagnóstico y tratamiento en *Endocrinología* 5: 41; 89, 1981.
11. *Evered, D. et al.:* Grades of hypothyroidism. *Br Med J* 14: 6577, 1963.
12. *Bastenie, P. et al.:* Coronary artery disease in hypothyroidism. *Lancet* 2: 1221, 1967.
13. *Vanhaelst, L. et al.:* Coronary artery disease in hypothyroidism. *Lancet* 2: 800, 1967.
14. *Ormstom, B. et al.:* Thyrotrophin. Releasing factor as a thyroid function test. *Lancet* 2: 10, 1971.
15. *Doniach, D. et al.:* Autoimmune phenomena in pernicious anaemia. Serological overlap with thyroiditis, thyrotocicosis and systemic lupus erythematosus. *Br Med J* 1: 1374, 1963.
16. *Bastenie, P.; A. Ermans:* Thyroiditis and thyroid function. Oxford, Pergamon Press, 1972. p. 171.
17. *Bastenie, P. et al.:* Preclinical hypothyroidism: a risk factor for coronary heart disease. *Lancet* 1: 203, 1971.
18. *Van Wyk, J.:* Syndrome of precocious menstruation and Galactorrhea in juvenile hypothyroidism. *J Pediat* 57: 416, 1960.
19. *Edwards, C. et al.:* Amenorrhoea, Galactorrhea and primary hypothyroidism with high circulating level of prolactin. *Br Med J* 3: 462, 1971.
20. *Contreras, P. et al.:* Hyperprolactinemia and galactorrhea spontaneous vs. iatrogenic hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metabol* 53: 1036, 1981.
21. *Semple, G. et al.:* Hypothyroidism presenting with hyperprolactinemia. *Br Med J* 286: 1200, 1983.
22. *Aragona, G.; H. Freisen:* Lactation and Galactorrhea. In: *De Groot, L. (ed.): Endocrinology*. New York Grune & Stratton, 1979. p. 211.
23. *Varios:* Normas de Diagnósticos y Tratamiento en *Endocrinología y Metabolismo*. Actualidad en *Endocrinología* 5 (1): 87, 1981.

Recibido: 5 de diciembre de 1984
Aprobado: 8 de enero de 1985

Dr. *Manuel Vales García*
Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay"
Ave. 31 y 114
Marianao
Ciudad de La Habana
Cuba.