

HIPERTIROIDISMO POR ENFERMEDAD TIROIDEA AUTOINMUNE TRATADO CON TIOCARBAMIDAS. RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO

D.

Diagnóstico: Enfermedad tiroidea autoinmune con hipertiroidismo previo.

Tras tratamiento con antitiroideos (**metimazol** o carbimazol) durante.....meses, la función tiroidea se ha normalizado.

Su Médico de A. Primaria debe controlar la posibilidad de persistencia (en el primer mes de cesar metimazol) **o recidiva** (después del primer mes) **del hipertiroidismo o la aparición de hipotiroidismo** espontáneo (15% aproximadamente), para lo que se recomienda se controle TSH con la siguiente frecuencia:

- **Primer año postratamiento:** A los 3, 6 y 12 meses (mayoría de recidivas en 6 primeros meses).
- **Segundo y tercer año:** Cada 6 meses.
- **Después:** Anualmente, de por vida.

Si la TSH, sin tratamiento con tiroxina, es persistentemente baja (<0,1), determinar T4L y remitir de nuevo el paciente al especialista de Endocrinología.

Si sintomatología de hipotiroidismo en cualquier momento, confirmar con T4L baja y TSH elevada (puede ser transitorio) y poner **tratamiento sustitutivo** con L-T4 1,6 µg/kg/día. Otra opción, con menos riesgo de efectos secundarios, es tratar con 25-50 mcg/día de inicio y subir lentamente la dosis en 12,5-25 mcg/día cada 7 días hasta la **dosis aproximada de mantenimiento** (en mayores de 60-65 años).

Como orientación se puede **utilizar el valor de TSH, para calcular la dosis total de tiroxina/día** que necesitará un paciente adulto:

TSH de 4 a 8 mU/l	25 µg/día	TSH >12 mU/l y T4L normal.....	75 µg/día
TSH de 8 a 12 mU/l	50 µg/día	TSH >12 mU/l y T4L baja.....	1,6 µg/kg/día

En caso de hipotiroidismo, la TSH debe permanecer normal **entre 0,4 y 4-4,5 mU/l**. **Para ajustar la dosis de tiroxina**, una vez establecida la dosis de mantenimiento, se seguirá la siguiente pauta:

- Si TSH > 4,5 mU/l , subir 12,5 µg/día
- Si TSH < 0,4 mU/l , bajar 12,5 µg/día

Siempre que se ajuste la dosis de tiroxina repetir la TSH 6 a 8 semanas después. En caso contrario, se debe proceder a nuevo ajuste según la pauta mencionada.

OBSERVACIONES:

Fecha

Fdo:

Referencias seleccionadas

1. Bahn RS al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. Thyroid 21: 593-564, 2011.
2. Garber JR et al: Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: Co-sponsored by American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Endocrine Practice 18: 988-1028, 2012.
3. De Groot L. Diagnosis and treatment of Graves' Disease. Thyroid Disease Manager. www.thyroidmanager.org. Last Updated: February, 2012.
4. Meier C et al. TSH-controlled L-thyroxine therapy reduces cholesterol levels and clinical symptoms in subclinical hypothyroidism: A double blind, placebo-controlled trial (Basel Thyroid Study). J Clin Endocrinol Metab 86:4860-4866, 2001.
5. Sanchez-Franco F, Corpas E. Tirotoxicosis y enfermedad de Graves-Basedow. en "Endocrinología y Diabetes en Esquemas e Imágenes". Editor E. Corpas. En www.ffis.es/EndoCorpas. Acceso: Septiembre 2013. Publicado en la Fundación para la Formación e Investigaciones Sanitarias de la Región de Murcia (www.ffis.es).