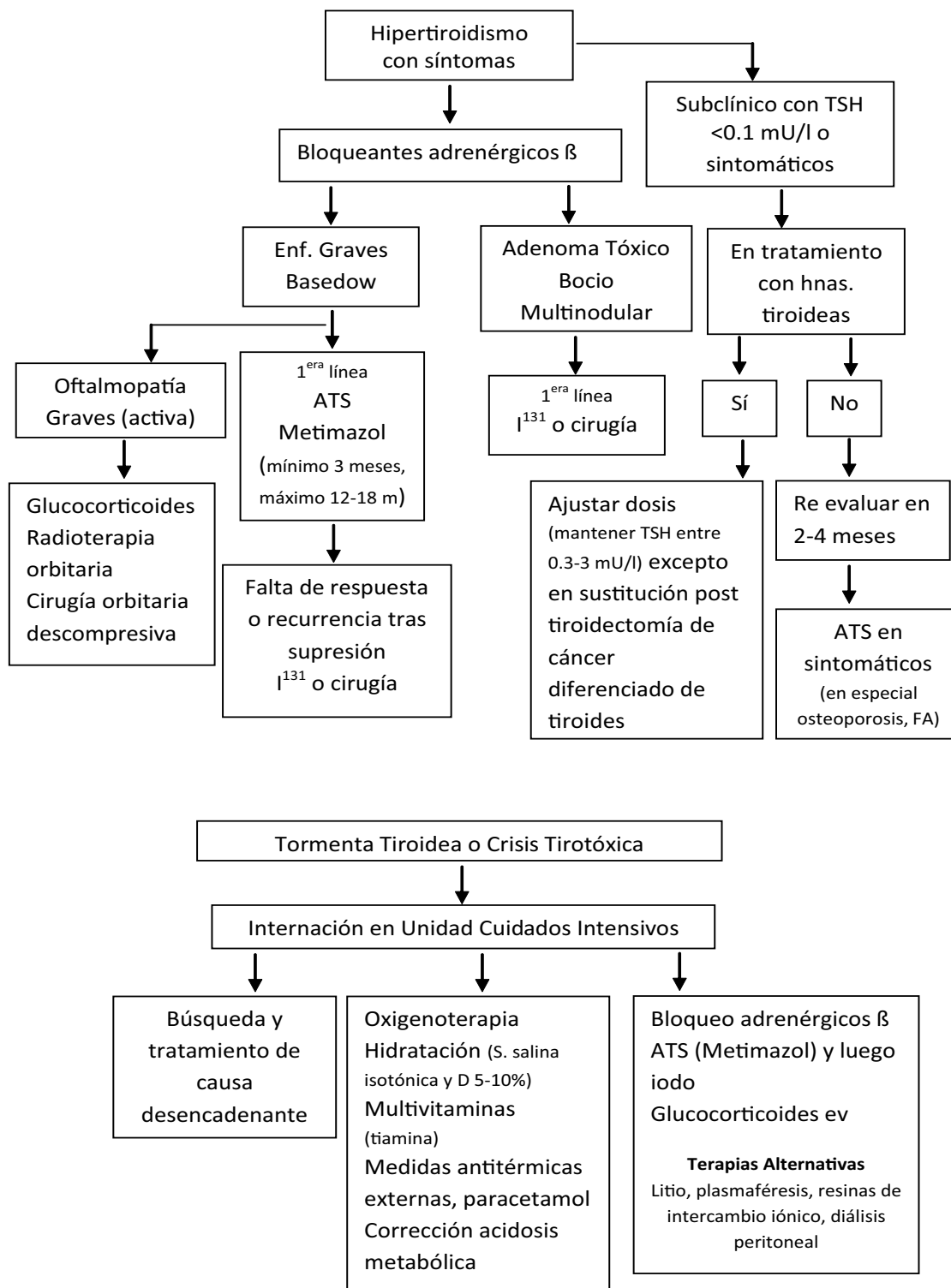


# ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 2

Dra. Silvia I. Falasco

## ALGORITMO TERAPÉUTICO DEL HIPERTIROIDISMO



## ALGORITMO TERAPÉUTICO DEL HIPERTIROIDISMO

El bloqueo adrenérgico  $\beta$  utilizado para el control de los síntomas suele realizarse con propranolol o atenolol. El primero en dosis superiores a 160 mg/d tiene el efecto adicional de suprimir la conversión periférica de T4 a T3. Evitar realizar actividad física intensa, fuentes de iodo exógeno, reducir o suprimir caféina, suspender el tabaco que predispone a la oftalmopatía.

El único ATS (antitiroideo de síntesis) disponible en el país es el metimazol. Controlar con hemograma, por el riesgo de agranulocitosis. Con granulocitos menor a  $1500/\text{mm}^3$  suspender tratamiento.

Los hipertiroidismos con captación de iodo radioactivo bajo tienden a ser autolimitados, y pueden responder a los AINE, bloqueantes adrenérgicos  $\beta$  o los glucocorticoides. El inducido por amiodarona puede responder a los ATS.

El tratamiento con yodo radioactivo puede empeorar la Oftalmopatía de Graves. De ser necesario este tratamiento administrar 48 hs antes glucocorticoides y mantenerlos durante 4 semanas para luego descenderlos gradualmente. 1 mes antes de la administración de  $\text{I}^{131}$  a los pacientes muy sintomáticos o que tienen niveles de T4 libre más de 2 veces el límite superior de lo normal administrar bloqueantes adrenérgicos  $\beta$ , metimazol o ambos. El metimazol debe suspenderse 7 días antes de dicho tratamiento porque puede reducir la efectividad de esta terapia. El iodo radioactivo está contraindicado en el embarazo. En aquellos que recibieron este tratamiento realizar control clínico y de laboratorio cada 1 a 2 meses.

Antes de la cirugía deberá administrarse metimazol. Los pacientes con enfermedad de Graves, también deben recibir yoduro de potasio por vía oral durante la semana previa a la cirugía, con el fin de reducir los niveles de la hormona tiroidea y la vascularización de la glándula tiroidea. La tiroidectomía es el tratamiento de elección cuando se sospecha cáncer. Durante la internación o al alta de una tiroidectomía deberá instituirse tratamiento con Levotiroxina.

En la tormenta tiroidea el iodo siempre debe administrarse posterior al metimazol ya que aumentaría el sustrato para nueva síntesis hormonal. No utilizar ácido acetil salicílico como antitérmico pues aumenta los niveles de hormona libre al disminuir la proteína transportadora.

Cualquiera fuere el tratamiento instituido, de por vida el paciente deberá controlarse con TSH.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Pantalone KM, Nasr C. Approach to a low TSH level: patience is a virtue. *Cleve Clin J Med.* 2010 Nov;77(11):803-11. doi: 10.3949/cejm.77a.10056.
2. Molero García JM, Miguel Calvo I. Evaluación de las disfunciones tiroideas. *Jano* 2008, Nº1702: 39-43
3. Corrales Hernández, Alonso Pedrol N, Cantón Blanco A, Galofré Ferrater JC, Pérez Pérez A, Lajo Morales T, Pérez Corral B, Tortosa Henzi F. Guía clínica del diagnóstico y tratamiento de la disfunción tiroidea subclínica. Vol 54, Num 01, Enero 2007. doi: 10.1016/S1575-0922(07)71404-3
4. McDermott MT. Hipertiroidismo. *Ann Intern Med.* 3 July 2012;157(1):ITC1-
5. Leal Curie L. Tormenta tiroidea. *Rev. Cubana Endocrinol* 2012; 23 (3): 264-272