

Prevalencia de hipotiroidismo subclínico en la población post-menopáusica

GERMÁN BARÓN CASTAÑEDA MD*

RESUMEN

En diversos reportes de la literatura se encuentra que la incidencia de hipotiroidismo aumenta con la edad y se ha calculado que cerca de 10% de las mujeres post-menopáusicas pueden sufrir este trastorno. El presente estudio es una descripción analítica y tuvo en cuenta 447 mujeres post-menopáusicas atendidas en un centro universitario de tercer nivel y en la consulta particular. En este grupo se encuentra una prevalencia de TSH elevada, en el 26.6% de las mujeres. Se observa una tendencia al aumento de esta prevalencia en los diferentes grupos de edad, llegando a sobrepasar 40% en mujeres mayores de 55 años. Al buscar el efecto sobre el perfil lipídico, se encontró que en aquellas mujeres con hipotiroidismo subclínico, tanto el colesterol total como los triglicéridos se encuentran alterados en cerca del doble de las pacientes. Se postula que este hallazgo se puede relacionar con un aumento en el riesgo cardiovascular en este grupo. Se concluye que, por lo menos en la ciudad de Bogotá, se deben solicitar niveles de TSH a todas las mujeres post-menopáusicas. Se plantea el interrogante de la suplencia tiroidea por el efecto deletéreo que puede tener sobre la masa ósea.

Palabras claves: Menopausia, hormona estimulante del tiroides, (TSH) hipotiroidismo subclínico.

SUMMARY

Previous published reports have shown that the incidence of hypothyroidism increases with age and that around 10% of post-menopausal women suffer this disease. The present study is an analytical description and includes 447 post-menopausal women attending a tertiary university center and private office patients. In this group, the prevalence of elevated TSH levels was found to be 26.6%. A trend is observed for the prevalence of this problem in the different age ranges, being greater than 40% in women 55 years or older. When looking for the effects of subclinical hypothyroidism on the lipid profile, total cholesterol and tryglicerides levels are altered in almost twice of these women. It is suggested that this finding may have a relationship with increased cardiovascular risk in that group. The conclusion is that, at least in Bogota, TSH levels should be routinely measured in all post-menopausal women. The question is raised about supplementing thyroid hormone considering the deleterious effect it may have on bone density.

Key words: Menopause, thyroid stimulating hormone, (TSH) subclinical hypothyroidism

Introducción

El cambio que ha sufrido la estructura de la población en los últimos 50 años ha permitido que cada vez aumente el número de mujeres quienes llegan a la menopausia. Al haberse incrementado la esperanza de vida al nacer para la mujer colombiana de 50 a 75 años, se calcula que algo más de 3 millones de mujeres se encuentran en esta etapa de la vida. Este hecho se refleja en el incremento de enfermedades consideradas como crónicas o degenerativas, incluyendo osteoporosis, artritis, demencias y neoplasias, entre otras [1-4].

Sin duda alguna, el fenómeno del envejecimiento se asocia a gran cantidad de alteraciones en el metabolismo. El sistema hipotálamo-hipofisiario no escapa a estos cambios y se observan modificaciones, no sólo en el eje reproductivo. Varios reportes en la literatura han demostrado cambios sustanciales en la secreción de hormona estimulante del tiroides (TSH) a lo largo de la vida [5-6].

La incidencia de trastornos tiroideos es más frecuente en mujeres y aumenta cada década de la vida. Es así como se ha calculado que en las mujeres post-menopáusicas se puede aproximar a 10%. En la mayoría de los casos, es del tipo de hipotiroidismo subclínico, caracterizado por niveles elevados de TSH con secreción normal de T3 y T4 [7-9].

Aún hoy, se discute la importancia que puede tener el hipotiroidismo subclínico sobre las enfermedades sistémicas, pero parece estar relacionado con el aumento en el riesgo de eventos cardiovasculares. Por este motivo, está planteada la discusión acerca de si la confirmación del diagnóstico hace necesaria, o no, la suplencia tiroidea [10].

Por lo anterior, se ha planteado como objetivo, conocer cuál es la prevalencia de hipotiroidismo subclínico en la población post-menopáusica que ingresa a un programa de suplencia hormonal.

Materiales y métodos

El presente es un estudio de prevalencia analítica realizado con las bases de datos de pacientes que han asistido a la unidad de endocrinología ginecológica de un hospital universitario de atención terciaria y de pacientes de la práctica privada.

Los criterios de elegibilidad utilizados, han sido la confirmación de la menopausia, bien sea de una manera clínica por la ausencia de menstruaciones por un lapso igual o superior a 12 meses o bioquímica con títulos séricos de FSH mayores a 40 mUI/ml. En estas mujeres hay ausencia de diagnóstico previo de enfermedad tiroidea. A todas las pacientes incluidas en este estudio se les ha realizado una titulación de TSH antes de comenzar la suplencia hormonal y se ha considerado normal un valor inferior a 5 mUI/ml.

Resultados

Este es un grupo homogéneo de mujeres provenientes de la clase media de la ciudad de Bogotá. Del total de mujeres registradas en las bases de datos, 447 cumplieron con los criterios de elegibilidad. La edad promedio de aparición de la menopausia es de 47 ± 5.4 años. En 413 casos, la menopausia es espontánea o quirúrgica, en mujeres mayores de 40 años. Tan sólo en 34 casos (7.6%), el inicio de terapia de suplencia fue secundario a una falla ovárica prematura.

De las 447 titulaciones de TSH realizadas se encontró que 119 de ellas (26.6%) estaban alteradas con niveles superiores a 5 mUI/ml. La distribución de las pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo subclínico por rangos de edad, está representada en la tabla 1 y en la figura 1.

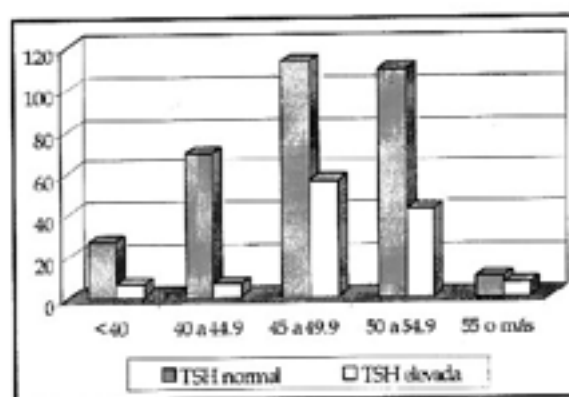


Figura 1. TSH alterada según rangos de edad

Teniendo en cuenta que uno de los principales efectos observados en las mujeres con hipotiroidismo subclínico es el aumento del riesgo cardiovascular, se buscó la relación existente entre la alteración de TSH y los valores de lípidos sanguíneos. Se encontró un aumento de casi dos veces en los valores de colesterol total y triglicéridos en aquellas mujeres con TSH elevadas. Estas cifras están resumidas en la tabla 2.

Desafortunadamente, aún no se cuenta con un número significativo de densitometrías óseas en este grupo de pacientes, para conocer el efecto del hipotiroidismo sobre la aparición de osteoporosis.

Discusión

Los niveles de TSH durante la infancia son similares a los observados en la vida adulta, sin que haya cambios hasta edades avanzadas. Hace unas cuatro décadas se creía que la concentración de TSH no cambiaba con la edad. Los primeros estudios realizados en Estados Unidos con un número relativamente pequeño de pacientes fueron incapaces de encon-

Tabla 1. Prevalencia de hipotiroidismo subclínico por rangos de edad

Edad	TSH normal		TSH elevada	
	n	%	n	%
< 40 años	27	79.4	7	20.6
40 a 44.9 años	69	90.8	7	9.2
45 a 49.9 años	113	66.9	56	33.1
50 a 54.9 años	109	72.2	42	27.8
55 o más años	10	58.8	7	41.2
Total	328	73.4	119	26.6

Tabla 2. Perfil lipídico alterado en mujeres con hipotiroidismo subclínico

Perfil lipídico	TSH normal		TSH elevada	
	n	%	n	%
Colesterol total >200 mg/día	205	45.9	88	73.9
HDL < 35 mg/dL	26	5.8	7	5.9
Triglicéridos > 180 mg/dL	83	18.6	37	31.1

trar cambios, mientras que numerosos reportes indicaban un leve aumento de la TSH basal en ancianos⁷⁻⁹.

Un estudio realizado con cientos de ancianos en los Estados Unidos mostró que aproximadamente el 3% de los hombres y el 8% de las mujeres tenían niveles basales de TSH elevados. Resultados similares fueron encontrados en Gran Bretaña en un estudio comunitario⁷⁻⁸.

En ese estudio se encontró que algo más de la cuarta parte de las mujeres post-menopáusicas tenían niveles elevados de TSH, frecuencia mayor de la reportada en la literatura. Esta elevación de la TSH puede tener especial significado ya que puede reflejar la disminución de los niveles circulantes de T3 y T4, con la edad¹⁰⁻¹¹.

No es clara la influencia de la edad sobre la respuesta de la glándula tiroides a la TSH. La mayoría de personas ancianas mantienen niveles de T4 plasmáticos normales sin que exista un cambio significativo con la edad. En este estudio se observa una tendencia al aumento en la prevalencia de hipotiroidismo subclínico en mujeres de mayor edad, llegando a sobrepasar el 40% en mujeres mayores de 55 años. Este hecho puede ser el reflejo de la disminución progresiva en la secreción de T4 en relación con la edad^{8-9,12}.

Teniendo en cuenta que el enfoque que debe regir a una Clínica de Menopausia es el preventivo, no hay duda que la asociación entre hipotiroidismo subclínico y dislipidemia es relevante, ya que no sólo afecta el colesterol total sino también los niveles de triglicéridos. La diferencia en los niveles

de estos dos tipos de lípidos es casi de dos veces respecto a la población que tiene niveles normales de TSH. Afortunadamente no hay diferencias significativas en los niveles de HDL, lo cual, en el caso de la mujer, podría en parte disminuir el riesgo. No se cuenta en ésta población con niveles de Lp(a), los cuales se han encontrado alterados en aquellas mujeres con diagnóstico de hipotiroidismo subclínico¹⁰.

Estos hallazgos plantean un dilema terapéutico. Por un lado se encuentra alteración en el perfil lipídico, lo cual puede asumirse como un factor de riesgo cardiovascular. Pero, diversos estudios han planteado la posibilidad de una mayor pérdida de masa ósea en la mujer post-menopáusica quien recibe suplencia tiroidea. Sin duda alguna, el enfoque que reciban estas mujeres deberá estar enmarcado dentro del esquema riesgo-beneficio, teniendo en cuenta estos dos aspectos cruciales¹³⁻¹⁶.

Como puede observarse, aunque la evidencia científica no es clara respecto a que la disfunción tiroidea incrementa con la edad, la prevalencia de hipotiroidismo subclínico en este grupo de estudio es bastante superior a la reportada previamente en la literatura. Por esta razón, se puede concluir que, por lo menos en la ciudad de Bogotá, los niveles de TSH deben ser medidos en forma rutinaria en las mujeres post-menopáusicas.

Este estudio plantea varios interrogantes para ser dilucidados en un futuro. En primer lugar, vale la pena analizar qué sucede realmente con el riesgo cardiovascular en la mujer post-menopáusica con hipotiroidismo subclínico. En segundo lugar, qué efecto tiene la suplencia tiroidea en la mujer, espe-

cialmente en relación con la pérdida de masa ósea y aparición de osteoporosis. Por último, qué efectos tiene la terapia de reemplazo hormonal sobre la función tiroidea y viceversa.

Bibliografía

1. Chiappe ML. Demografía actual: Proyecciones sobre la menopausia y el climaterio en Colombia. *Rev Col Menop* 1995; 1: 51-6.
2. Asociación Colombiana de Menopausia. Declaración de consenso sobre menopausia y climaterio. Recomendaciones para el diagnóstico y manejo durante el climaterio. *Rev Col Menop* 1995; 1: 8-15.
3. Ministerio de Salud - Dirección de Recursos Humanos. Terapia de suplencia hormonal durante la menopausia. Editorial Maldonado, Bogotá, 1995.
4. Urdinola J, Barón G. Terapia hormonal de sustitución en la menopausia: Opinión de consenso de la reunión de expertos _ febrero 2000. *Rev Col Menop* 2000; 6: 128-42.
5. Speroff L., Glass RH, Kase NG. Reproduction and the thyroid. En Speroff L., Glass RH., Kase NG, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Ed. Williams & Wilkins (5a), 1994; 667-684.
6. Burrow GN. Glándula tiroides y reproducción. En Yen SSC., Jaffe RB. *Endocrinología de la reproducción*. Ed. Panamericana (3a), 1993; 582-602.
7. Faughnan M, Lepage R, Fugere P, Bissonnette F, Brossard JH, et al. Screen ing for thyroid disease at the menopausal clinic. *Clin Invest Med* 1995; 18: 11-18.
8. Chopra D, Azizi F. El tiroides en la vejez. *JAMA*, 1979; 243: 789-792.
9. Clark S, Talia H. Aging and the thyroid. *Am J Med*, 1983; 74: 206-208.
10. Lotz H, Salabe GB. Lipoprotein(a) increase associated with thyroid autoimmunity. *Eur J Endocrinol* 1997; 136: 87-91.
11. Levy E. Thyroid disease in the elderly. *Thyroid diseases*. 1991; 75: 151-167.
12. Larsen PR, Ingbar SH. The thyroid gland. En Wilson JD., Foster DW (eds). *Williams textbook of endocrinology*. W.B. Saunders Co (8a). 1992; 357-488.
13. Hadji P, Hars O, Sturm G, Bauer T, Emons G, et al. The effect of long-term, non-suppressive levothyroxine treatment on quantitative ultrasonometry of bone in women. *Eur J Endocrinol* 2000; 142: 445-450.
14. Pines A, Dotan I, Tabori U, Villa Y, Mijatovic V, et al. L-thyroxine prevents the bone - conserving effect of HRT in postmenopausal women with subclinical hypothyroidism. *Gynecol Endocrinol* 1999; 13: 196-201.
15. Toivonen J, Tahtela R, Laitinen K, Risteli J, Valimaki MJ. Markers of bone turnover in patients with differentiated thyroid cancer with and following withdrawal of thyroxine suppressive therapy. *Eur J Endocrinol* 1998; 138: 667-673.
16. Guo CY, Weetman AP, Eastell R. Longitudinal changes of bone mineral density and bone turnover in postmenopausal women on thyroxine. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1997; 46: 301-307.