

# Hipotiroidismo

La TSH es el termostato: alta con T4 libre baja es hipotiroidismo primario franco. Trátalo con levotiroxina en ayuno y ajusta por TSH, sin prisa.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·  
@davidrojas\_medicinainterna

Basado en: guías ATA para el tratamiento del hipotiroidismo y manejo en el embarazo, actualizado con la revisión «Hypothyroidism: A Review» (JAMA 2025).

- 01 Definición y causas
- 02 Clínica
- 03 Diagnóstico por TSH/T4 libre
- 04 Tratamiento con levotiroxina
- 05 Hipotiroidismo subclínico
- 06 Embarazo
- 07 Coma mixedematoso
- 08 Trampas de la levotiroxina
- 09 Tiroiditis y formas transitorias
- 10 Asociaciones autoinmunes
- 11 T3, combinaciones y mitos
- 12 Eutiroideo enfermo
- 13 Novedades 2025
- 14 Lo que sí funciona
- 15 Para llevar a la guardia

## 01 Definición y causas

### CAJA DE DECISIÓN

**Primario** (el 95%, falla de la tiroides): **tiroiditis de Hashimoto** (autoinmune, la #1), post-tiroidectomía o yodo radiactivo, fármacos (**amiodarona, litio**), deficiencia de yodo. **Central** (raro, falla hipofisaria/hipotalámica): la TSH no se eleva como debería. Distinguirlos cambia el estudio y el tratamiento.

## 02 Clínica

- Fatiga, **intolerancia al frío**, aumento de peso, estreñimiento, piel seca, caída de cabello, **bradicardia**, depresión/lentitud, menorragia.
- Signos: edema (mixedema), reflejos con relajación lenta, bocio (en Hashimoto), voz ronca.
- A menudo es **insidioso**: en el anciano puede confundirse con "envejecimiento" o depresión.

## 03 Diagnóstico por TSH / T4 libre

### EMPIEZA POR LA TSH

**TSH alta + T4L BAJA**  
Hipotiroidismo  
**PRIMARIO franco → trata**

**TSH alta + T4L NORMAL**  
SUBCLÍNICO  
trata según TSH/síntomas (§5)

**TSH baja/normal + T4L BAJA**  
CENTRAL (hipofisario)  
estudia hipófisis · no guíes por TSH

**Anti-TPO confirma Hashimoto (no es obligatorio para tratar).**

En el primario, la TSH guía todo. En el central, la TSH engaña: usa la T4 libre.  
No pidas T3 para diagnosticar hipotiroidismo.

Interpretación de TSH/T4 libre recreada por Sala-7 (ATA).

## 04 Tratamiento con levotiroxina

- Levotiroxina ~1.6 µg/kg/día**, en **ayuno 30-60 min antes del desayuno** (o al acostarse, lejos de la cena).
- Ancianos o cardiopatas**: empieza bajo (**25-50 µg**) y sube despacio (riesgo de isquemia/arritmia).
- Ajusta por la TSH** a las **6-8 semanas** de cada cambio (la TSH tarda en estabilizarse – no la midas antes ni cambies cada semana). Meta: TSH en rango normal.

## 05 Hipotiroidismo subclínico

### CAJA DE DECISIÓN

TSH alta con **T4 libre normal**. Trata si **TSH ≥ 10**, o si TSH 7-10 **con síntomas, anticuerpos positivos, embarazo o deseo de embarazo**, o riesgo cardiovascular en jóvenes. En el **anciano** con elevaciones leves, muchas veces se vigila (la TSH "normal" sube con la edad).

## 06 Embarazo

### LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA

Las necesidades de levotiroxina **aumentan ~30%** desde el inicio del embarazo: **sube la dosis en cuanto se confirme** y vigila la TSH con **metas por trimestre** (más bajas). Trata el subclínico en la embarazada. El hipotiroidismo materno no tratado afecta el neurodesarrollo fetal – **no lo suspendas**.

## 07 Coma mixedematoso

### EMERGENCIA (MORTALIDAD ALTA)

Hipotiroidismo descompensado: **hipotermia, alteración de la conciencia, hipoventilación con hipercapnia, bradicardia, hiponatremia e hipotensión**, casi siempre con un precipitante (infección, frío, sedantes). Tratamiento en UCI: **levotiroxina IV** ( $\pm$  T3), **hidrocortisona** (cubre una insuficiencia suprarrenal coexistente – dala antes de la tiroidea), soporte ventilatorio, **recalentamiento pasivo** y tratar el precipitante. No esperes confirmación de laboratorio.

## 08 Trampas de la levotiroxina

- **Separa** la toma del **calcio, hierro, IBP y café** (reducen su absorción) – al menos 4 h.
- **Malabsorción** (celíaca, cirugía bariátrica) o interacciones (estrógenos suben la necesidad) explican muchas "resistencias".
- Si la TSH no baja pese a dosis altas: sospecha **mala adherencia o mala toma** antes de subir más.

## 09 Tiroiditis y formas transitorias

- **Tiroiditis subaguda** (de Quervain, postviral, dolorosa) y **posparto/indolora**: pueden tener una fase de **tirotoxicosis** seguida de **hipotiroidismo**, muchas veces **transitorio**.
- Distínguelas del Hashimoto crónico (que sí suele requerir tratamiento de por vida) para no dejar levotiroxina innecesaria de por vida.

## 10 Asociaciones autoinmunes

- El Hashimoto coexiste con otras enfermedades autoinmunes: **diabetes tipo 1, enfermedad celíaca, vitiligo, anemia perniciosa e insuficiencia suprarrenal (síndrome poliglandular autoinmune)**. Ante una, considera tamizar las otras.
- Los **anti-TPO** confirman la autoinmunidad y predicen mayor riesgo de progresar de subclínico a franco.

## 11 T3, combinaciones y mitos

- La **monoterapia con levotiroxina (T4)** es el estándar: la mayoría convierte T4 a T3 sin problema.
- La combinación **T4 + T3** o la **tiroides desecada** NO han demostrado ser superiores y se reservan a casos muy seleccionados.
- Si persisten síntomas con **TSH normal**, busca **otra causa** (anemia, depresión, apnea) – no subas la dosis hasta suprimir la TSH (riesgo óseo y cardiaco).

## 12 Eutiroideo enfermo (no pidas tiroideas en agudo)

### TRAMPA FRECUENTE

En la **enfermedad aguda grave**, las pruebas tiroideas se alteran **sin** que haya enfermedad tiroidea real (síndrome del enfermo eutiroideo). **No pidas perfil tiroideo en el paciente agudo** salvo fuerte sospecha; si salen raras, **repítelas tras la recuperación** antes de etiquetar y tratar.

Fase	Patrón típico
Leve / inicial	T3 baja (cae la conversión), TSH y T4 normales
Grave	T3 y T4 bajas, TSH baja-normal
Recuperación	La TSH puede subir transitoriamente

**LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA**

**Sobre-tratar también daña**, no solo subtratar. Mantener la TSH baja (suprimida) por exceso de levotiroxina sube el riesgo **cardiovascular**, de **fracturas** ( $\approx 4.3\%$  vs  $2.6\%$  en eutiroides) y de deterioro cognitivo. La meta no es "TSH lo más baja posible", sino **TSH dentro del rango normal**: el objetivo es evitar ambos extremos.

- **Considera retirar la levotiroxina (deprescribir)** en hipotiroidismo **leve** o en quienes se inició el fármaco con **TSH normal**: una parte se mantiene eutiroides sin él. Si lo retiras, **baja  $\sim 25 \mu\text{g}$  cada 6-8 semanas** vigilando síntomas y TSH – no lo suspendas de golpe.
- **Monitoreo a largo plazo**: una vez que la TSH llega a meta, contrólala **anualmente** (no solo a las 6-8 semanas del ajuste). Repítela antes si hay **cambio de peso  $\geq 4.5 \text{ kg}$** , síntomas nuevos o inicio de un fármaco que interfiera con la absorción o el ensayo.
- **$\geq 65$  años o cardiopatía**: inicia bajo ( **$25-50 \mu\text{g}/\text{día}$** ) no solo por el corazón, sino **para no sobre-tratar** – en el anciano el límite alto "normal" de TSH es mayor, así que una TSH discretamente alta puede ser la meta correcta.
- Las guías actuales **no recomiendan** de rutina la combinación **T4 + T3** ni la **tiroides desecada**; la **monoterapia con levotiroxina** sigue siendo el estándar.

**LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST HIPOTIROIDISMO**

- ✓ Diagnóstico: **TSH primero**; alta + T4L baja = primario franco; alta + T4L normal = subclínico; T4L baja con TSH no alta = central.
- ✓ **Levotiroxina  $1.6 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{día}$  en ayuno**; ancianos/cardiopatas empieza bajo.
- ✓ **Ajusta por TSH a las 6-8 semanas** (no antes, no cada semana).
- ✓ Subclínico: trata si **TSH  $\geq 10$**  o 7-10 con síntomas/anticuerpos/embarazo.
- ✓ **Embarazo: sube  $\sim 30\%$**  y no suspendas; coma mixedematoso  $\rightarrow$  IV + hidrocortisona.
- ✓ Sepáralo de **calcio/hierro/IBP/café**; sospecha mala toma antes que "resistencia".

**PARA LLEVAR A LA GUARDIA**

- La **TSH** es el termostato del primario; el central **engaña** (guíate por T4 libre).
- **Levotiroxina en ayuno**, dosis por peso; ancianos/cardiopatas empiezan bajo.
- Reevalúa la TSH a las **6-8 semanas**; no cambies cada semana.
- **Embarazo: necesidades suben  $\sim 30\%$**  – ajusta pronto y no suspendas.
- **Coma mixedematoso** = emergencia: levotiroxina IV + **hidrocortisona** + soporte.