

Presentación de caso

Hipotiroidismo en paciente mayor de 84 años

Alina María González Moro,¹ Ludmila Brenes Hernández,² Norma Cardoso Lunar²

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatria, Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

²Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatria, Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento y Ms.C en Longevidad Satisfactoria.

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"

Editorial: Calle G y 27, Municipio Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba

CP: 10400 Correo: geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud".

RESUMEN

Se presenta un caso con diagnóstico de hipertiroidismo apático en una paciente femenina de 84 años, que desde hace dos meses comienza a presentar pérdida de funcionalidad, con dolores óseos generalizados, acompañado de pérdida del estado de ánimo, tristeza, trastorno del sueño, pérdida de apetito, pérdida de peso significativa no intencionada, astenia, anorexia, náuseas, estreñimiento y disminución de la movilidad.

Palabras clave: hipertiroidismo apático, anciano.

ABSTRACT

A case is presented with diagnostic of apathetic hyperthyroid in feminine of 84 years that begins to present loss of the symptoms functionality for two months, with widespread bony pains, accompanied by loss of the state of spirit, sadness, dysfunction of the dream, appetite loss, loss of significant weight not deliberate, astenia, anorexy, nauseas, constipation and decrease of the mobility.

Keywords: apathetic hyperthyroid, elderly.

Resumen evaluación geriátrica

Factores de riesgo geriátrico:

- Inmovilidad parcial
- Deterioro funcional
- Edad igual o mayor a 75 años
- Barreras arquitectónicas
- Depresión
- Trastornos nutricionales
- Riesgo de UPP

APP:

- DM tipo 2
- HTA
- Dislipidemia
- Cardiopatía Isquémica
- Bocio

APF:

- Madre: IMA
- Padre: IMA

Hábitos Tóxicos:

- Tabaquismo de ½ a una cajetilla diaria hace 30 años
- Café 3 tazas al día

Alergia medicamentosa: niega

Medicamentos que consume (al ingreso):

- Enalapril 20mg 1 tab cada 12 horas
- Digoxina 0.25 mg ½ tab al día
- ASA 125mg 1 tab al día
- Furosemida 40mg 1 tab al día

Traumatismo: No refiere

Operaciones:

- Laparoscopia por ulcera péptica perforada hace 20 años.

Caídas: niega

Transfusiones: niega

Datos positivos al examen físico:

- Paciente apática, encamada que se moviliza con dificultad, y no coopera al interrogatorio, con síntomas evidentes de un estado de animo afectado
- Tiroides: aumentado de volumen, de consistencia normal, bien delimitado. No adenopatías
- Cardiovascular: ruidos cardiacos arrítmicos de bajo tono. No se auscultan soplos. Frecuencia cardiaca 98/min. TA/ 130/86

Escalas Aplicadas (Instrumentos):

1. *Tinetti*. No evaluable
2. IMC:10.6 Kg/m²
Talla: 161 cm Peso Actual: 27.5 kg
3. *Norton*:
 - Estado general: 2 puntos
 - Movilidad: 2 puntos.
 - Actividad: 1 puntos.
 - Estado mental: 3 puntos
 - Continencia: 3puntos

Para un total de: 11 puntos, presenta riesgo de úlcera por presión.

Evaluación funcional:

1. Índice de *Katz*: G
2. Índice de *Lawton*: 0/8

Evaluación psicológica:

Esfera cognitiva

- *Mini Mental Examination (Folstein)*: No evaluable

Esfera afectiva

Escala de la depresión geriátrica de *Yesavage* (versión 15puntos): 10 pts.

Evaluación social: 2 limitación en participación y actividad por condición biomédica

Complementarios Realizados:

- Hemoglobina: 135 g/l
- Hto: 0.42 L/L
- Leucograma: 13.6 x 10⁹ /L

-Poli: 81 Linfo: 12.3 Mono: Eosi: 5.9

-VSG: 43 mm/h

-Constantes Corpusculares: VCM:79.1 fL CMHC: 321 g/L

-Glicemia: 3.9 mmol/L,

-Creatinina : 48.4 mmol/L

-Aclaramiento de creatinina: 35.2 ml/min

-Acido Úrico: 208.6 mmol/L

-Colesterol: 3.62 mmol/L

-Triglicéridos: 0.81 mmol/L

-GGT: 55 u/L

-TGO: 44 u/L

-TGP: 23 u/L

-FA : 158 u/L

-Proteínas Totales: 73.5 g/L

-Albúmina: 34.3 g/L

-T3: 59.82 Valor de referencia: 1.9/5.7

-T4: 300 Valor de referencia: 50/150

-TSH: 0.08 Valor de referencia: 0.3/3.5

-Cituria: negativa

-ECG: FC: 90 Ritmo: Ausencia de onda P
Presencia de onda f
RR variable
Eje: A menos 60 grados
Índice de Cornell: 28

Estudios Imaginológicos:

-Rx de Tórax: Cardiomegalia a predominio de ventrículo izquierdo. Aorta normal. Signos de enfisema pulmonar. No otras alteraciones pleuropulmonares.

Ultrasonido (US) de hemiabdomen superior: Hígado, bazo y páncreas de estructura homogénea, contornos regulares, no lesiones focales, no viceromegalia. Riñones simétricos contornos regulares con buena relación cortico medular, no litiasis no ectasia. A nivel de riñón izq. hacia el polo inferior se observa imagen redondeada de aspecto quístico, mide 20 por 21mm. No adenomegalia, no líquido libre en cavidad abdominal, no se visualiza imagen en pseudoriñón. Vejiga vacía.

-US de tiroides: Tiroides aumentado de tamaño, contornos regulares, textura heterogénea, con múltiples imágenes hipoecogénicas de aspecto nodular al nivel del lóbulo derecho calcificada mide 6 por 7mm. LD mide 16X 17 X 40 mm. LI mide 14 X 12.5X 39mm. Istmo mide 3.4mm.

Planteamiento Problema al ingreso

1. Inmovilidad parcial
 - 1.1 Desnutrición
 - 1.2 Depresión
2. Fibrilación auricular

DIAGNÓSTICOS AL EGRESO:

1. Inmovilidad parcial
 - 1.1 Hipertiroidismo Apático.
 - 1.1.1 Desnutrición severa
 - 1.1.2 Depresión
 - 1.1.3 Fibrilación auricular

Pronóstico: Reservado.

DESARROLLO

Las enfermedades tiroideas no son infrecuentes en las personas mayores , pero no siempre son diagnosticadas. Es común que el hipertiroidismo y el hipotiroidismo tengan manifestaciones subclínicas que pueden ser malinterpretadas y atribuidas al envejecimiento normal, sobre todo si hay comorbilidades y efectos de medicamentos. Asimismo, ambas disfunciones pueden presentarse con los mismos síntomas, como debilidad, confusión, depresión, caídas, trastornos en la marcha, incontinencia por inmovilidad, insuficiencia cardíaca y modificaciones del ritmo intestinal, lo que dificulta el diagnóstico.

El hipertiroidismo apático, es una patología frecuente que suele ser fácilmente reconocida por sus síntomas y signos. El hipertiroidismo apático es una forma de presentación de hipertiroidismo sin signos y síntomas característicos. Los síntomas cardinales del hipertiroidismo apático son la depresión y apatía; por ello, la ausencia de síntomas y signos clásicos retrasa el diagnóstico y el tratamiento, pues a menudo se pasa desapercibido como “síntomas propios del

envejecimiento” caracterizada por la ausencia de datos clínicos fácilmente reconocibles de hipertiroidismo

El pesquizaje sigue siendo un tema bien controvertido, por la no evidencia en estudios bien diseñados para concluir el beneficio de esta medida. Sin embargo, la prevalencia de la patología tiroidea en adultos mayores, es alta como para justificar la indicación de hormonas tiroideas en todos los pacientes ancianos que han sufrido un empeoramiento reciente del estado clínico, funcional o cognitivo, y en pacientes que ingresan en una unidad de geriatría o en una residencia. La Asociación Americana de Tiroides recomienda realizarlo cada cinco años a todas las personas mayores de 35 años. Esta medida es de utilidad en determinados grupos de mayor riesgo: mujeres > de 50 años, personas de 60 años, antecedentes de disfunción tiroidea, bocio, cirugía o radioterapia cervical, diabetes mellitus, vitíligo, anemia perniciosa, leucotricia o antecedente familiar de enfermedad tiroidea.

Las patologías tiroideas suponen un reto diagnóstico en las personas mayores, su presentación clínica, signos y síntomas inespecíficos, son atribuidas a otras enfermedades o al proceso normal de envejecimiento. Por otra parte, los test de función tiroidea son erróneamente interpretados en presencia de procesos agudos intercurrentes, patología crónica o uso de medicación. El retraso en su diagnóstico y tratamiento puede tener consecuencias graves y no recuperables en el anciano y suponer en ocasiones un riesgo vital autoinmune.

Aunque la palpación de la tiroides en el anciano puede ser difícil debido a la presencia de obesidad, cifosis cervical y cambios en la pared torácica, frecuentes en estos pacientes, en el examen físico representa el segundo lugar en errores de la exploración física, sólo después del corazón; esto tiene relevancia ya que una buena exploración puede evitar costosos estudios de imagen o de laboratorio.

Las causas más habituales de hipertiroidismo en el anciano son: el bocio tóxico multinodular (BMNT), la enfermedad de Graves (o bocio tóxico difuso) y el

adenoma tóxico. En áreas bociógenas con baja ingesta de yodo la causa más frecuente es el bocio multinodular, mientras que en áreas con ingesta normal de yodo, lo es la enfermedad de Graves. En las tres, el hipertiroidismo es consecuencia de un aumento en la producción de hormonas tiroideas por parte de la glándula tiroides.

En hallazgos realizados de ultrasonido, de nuestro caso informa: US de tiroides: Toroide aumentado de tamaño, contornos regulares, textura heterogénea, con múltiples imágenes hipoeecogénicas de aspecto nodular al nivel del lóbulo derecho calcificada mide 6 por 7mm. LD mide 16X 17 X 40 mm. LI mide 14 X 12.5X 39mm. Istmo mide 3.4mm, tratándose de un bocio multinodular.

En esta entidad, predominan la apatía, la debilidad y la depresión, lo que puede hacer que el diagnóstico se pase por alto si no se tiene presente este cuadro clínico. En otras ocasiones, los síntomas predominantes son la pérdida de peso, las manifestaciones cardiovasculares, gastrointestinales o neurológicas. La ausencia de bocio se da en mayor proporción que en pacientes jóvenes. Las manifestaciones cardiovasculares predominantes son la fibrilación auricular y la taquicardia supraventricular. El exceso de hormona tiroidea aumenta la demanda de oxígeno por parte del miocardio, y puede desencadenar una angina de pecho, empeorar una cardiopatía isquémica previa o una insuficiencia cardíaca. Cualquier paciente con una cardiopatía de base, en una situación de hipertiroidismo, tiene un alto riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca congestiva.

En el caso de nuestra paciente es recibida con comprometimiento con importante de su funcionabilidad, pérdida de peso marcada con un Índice de masa corporal en: IMC:10.6 Kg/m², Talla: 161 cm y un peso Actual: 27.5 kg, (desnutrición y bajo peso), y un deterioro clínico importante, signo s de insuficiencia cardíaca, anorexia.



Habitualmente se encuentran al examen físico un bocio pequeño, taquicardia, piel fría y seca acompañado de marcada pérdida de peso y anorexia. La disnea y la intolerancia al esfuerzo, además de por lo anterior, también pueden ser consecuencia de la debilidad de los músculos respiratorios. La debilidad y atrofia muscular, de predominio en músculos proximales, hombros y pelvis, se desarrolla de forma insidiosa y progresiva, y es más importante en el hipertiroidismo de larga evolución, en pacientes generalmente infradiagnosticados. La diarrea es menos frecuente que en jóvenes, y lo que solemos encontrar es una normalización de un estreñimiento previo. Pueden aparecer náuseas y vómitos, junto a la anorexia y el estreñimiento, síntomas que se incluyen también en el hipertiroidismo apático. Las náuseas y estreñimiento, fueron síntomas recogidas durante la realización historia clínica, y corroboradas durante el ingreso en este caso.

A nivel neuropsicológico son frecuentes la depresión, la apatía, el deterioro cognitivo y la irritabilidad, el nerviosismo en forma de habla rápida, temblor y reflejos osteotendinosos vivos es muy poco habitual. Las manifestaciones

cutáneas, como la hipersudoración, piel caliente y rubor y sensación de intolerancia al calor son menos frecuentes en los pacientes mayores,

Nuestra paciente presentaba: signos de depresión, apatía.

Igualmente son numeroso los estudios que relacionan el hipertiroidismo apático con frecuencias cardíacas elevadas y en el 30 % de los casos se encuentra fibrilación auricular, como en este caso.

Es imposible un diagnóstico de hipotiroidismo en el anciano basado estrictamente en la clínica sin el dosaje de TSH y T4 libre.

Para el diagnóstico es necesario inicialmente la determinación de TSH y de T4 libre. La TSH estará suprimida y la T4 elevada. Una TSH sérica $< 0,45$ mU/L con hormonas tiroideas normales o en el límite superior de lo normal indica un hipertiroidismo subclínico, el cual puede hallarse en los pacientes

Los resultados en este caso fueron:

- T3: 59.82 Valor de referencia: 1.9/5.7
- T4: 300 Valor de referencia: 50/150
- TSH: 0.08 Valor de referencia: 0.3/3.5

La PAAF está indicada para los nódulos ≥ 10 mm; para los < 10 mm se recomienda la PAAF bajo control ecográfico. Los nódulos con citología benigna deben seguir en observación y los malignos o sospechosos ser sometidos a cirugía. En los casos con TSH muy baja o suprimida puede ser útil el centellograma radioisotópico. Los bocios grandes, sintomáticos, pueden ser tratados quirúrgicamente o con yodo radioactivo. No se recomienda la medición de calcitonina en forma sistemática. En este caso se informó: Ultrasonido de Toroides: Toroide aumentado de tamaño, contornos regulares, textura heterogénea, con múltiples imágenes hipocogénicas de aspecto nodular al nivel del lóbulo derecho calcificada mide 6 por 7mm. LD mide 16 X 17 X 40 mm. LI mide 14 X 12.5X 39mm. Istmo mide 3.4mm, siendo tributario de una PAAF, la cual fue realizada, pero con resultados no concluyentes, por lo cual se decide iniciar

tratamiento farmacológico dado resultados de pruebas tiroideas y estado de la paciente.

Tratamiento

Las estrategias terapéuticas son tres: radioyodo, fármacos antitiroideos y cirugía. La elección del tratamiento puede estar condicionada por las preferencias del paciente, la etiología del hipertiroidismo, las características clínicas, la edad y el entorno.

El tratamiento del hipertiroidismo apático está dirigido a disminuir la sintomatología fármacos, las tionamidas como el metimazol inhiben la peroxidasa tiroidea y por ende la síntesis de hormonas tiroideas al interferir con la oxidación y organificación del yoduro en la tiroglobulina. Se puede utilizar el metimazol, propiltiouracilo y el carbimazol. Estos fármacos se usan para normalizar la función tiroidea antes del tratamiento definitivo con yodo radiactivo o resección quirúrgica.

Adicionalmente, para mejorar el cuadro sistémico general, se utilizan fármacos como el propranolol que son antagonistas de los receptores beta-adrenérgicos en los diversos tejidos.

Relacionada a la cirugía raramente está indicada por el riesgo quirúrgico elevado en esta población con comorbilidades.

Los efectos del tratamiento deben ser monitoreados muy de cerca por la mayor posibilidad de efectos colaterales cardíacos y del sistema nervioso central. Los antitiroideos están indicados aun cuando se planee el tratamiento radioactivo. Para controlar la frecuencia cardíaca, los bloqueantes beta adrenérgicos deben utilizarse con precaución con la menor dosis posible. En los ancianos, el tratamiento definitivo con yodo radioactivo está indicado para mantener la función tiroidea normal o baja, ya que en estos pacientes es más simple tratar una glándula tiroides hiporreactiva.

CONDUCTA

Los tratamientos incluyen la administración de yodo radiactivo, medicamentos y, en algunos casos, cirugía.

Se inició tratamiento con beta bloqueadores, para normalizar la frecuencia cardiaca y suplementos nutricionales, por grado de desnutrición.

Se valora en interconsulta con endocrinología, uso de yodo radioactivo y posteriormente el uso de medicamentos anti-tiroides. Estos medicamentos reducen gradualmente los síntomas de hipertiroidismo previniendo que la glándula tiroides produzca cantidades excesivas de hormonas. Estos incluyen el propiltiouracilo y metimazol. Los síntomas generalmente comienzan a mejorar en 6 a 12 semanas, pero el tratamiento con medicamentos anti-tiroideos suele continuar por lo menos un año o más. Ambas drogas pueden causar daños graves hepáticos, por lo que su seguimiento es imprescindible. Debido a que el propiltiouracilo ha causado muchos más casos de daño hepático, por lo general sólo debe utilizarse cuando no se puede tolerar el metimazol.

Se realizará en conjunto seguimiento consulta geriatría y endocrinología.

CONCLUSIÓN

El hipertiroidismo apático se caracteriza por la ausencia de los síntomas y signos clásicos de tirotoxicosis y generalmente es diagnosticado por los hallazgos bioquímicos de hipertiroidismo. Con una alta prevalencia en personas mayores.

Se recomienda ante e la sospecha clínica siempre, el estudio bioquímico de hormonas tiroideas en sangre en pacientes que presenten cambios del comportamiento como depresión, pérdida de peso o palpitaciones y perdida de la la funcionabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real JT, Ascaso JF. Hipertiroidismo en el anciano. Med Clin (Barc) 2002; 118:784-7.

2. Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, Garber JR, Greenlee MC, Klein I, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid*. 2011;21:593-646.
3. Boelaert K, Torlinska B, Holder RL, Franklyn JA. Older subjects with hyperthyroidism present with a paucity of symptoms and signs: a large cross-sectional study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95:2715-26.
4. Wu W, Sun Z, Yu J, Meng Q, Wang M, Miao J, et al. A clinical retrospective analysis of factor associated with apathetic hyperthyroidism. *Pathobiology*. 2010;77:46-51.
5. Mohandas R, Gupta KL. Managing thyroid dysfunction in the elderly. Answers to seven common questions. *Postgrad Med* 2003;113:54–56,65–68, 100.
6. American Association of Clinical Endocrinologists and Associazione Medici Endocrinologi. Medical
7. guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. *Endocr Pract* 2006;12:63–102.
8. Auer J, Eber B. Subclinical hyperthyroidism and atrial fibrillation. *Acta Med Austria* 2003;30:98–99.
9. Chueire VB, Romaldini JH, Ward LS. Subclinical hypothyroidism increases the risk for depression in the elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44:21–28.
10. Wilson S, Parle JV, Roberts LM, et al. Prevalence of subclinical thyroid dysfunction and its relation to socioeconomic deprivation in the elderly:a community-based cross-sectional survey. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:4809–4816.
11. G. Gutiérrez Buey, J.C. Galofré. Protocolo del manejo de la disfunción tiroidea en el paciente anciano. 12, (13) ,2016. 763-767.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2016.06.007>