

# TIROIDES

y

# CLIMATERIO

*DRA ESTELA DELGADO MARTÍN*

*DOCENTE DE LA CÁTEDRA DE CL. MÉDICA II.  
HNC. UNC*

*EQUIPO DE ENDOCRINOLOGIA .HNC .UNC.  
OCTUBRE 2017*

# Menopausia



## ***Momento vital***

Cambios hormonales que afectan a la mujer, física y emocionalmente.

**Los estrógenos accionan  
directamente sobre las células  
tiroideas**

**Modulan y actúan  
sobre la proliferación celular**

**Durante la menopausia  
disminuyen los receptores de  
TRH, y, como consecuencia,  
aumenta la secreción de TSH.**

**Hipotiroidismo  
Hipertiroidismo  
Nódulos tiroideos**

# CAMBIOS MORFOLOGICOS

- Disminución en el tamaño de la tiroides.
- Aumento de la nodularidad.
- Aumento del tejido fibrótico.
- Disminución del coloide.
- Atrofia del epitelio glandular.

## Función tiroidea y menopausia (Gynecol Endocrinol 2003 Feb)

- Hay aumento de TSH en la post menopausia .
- Hay un 2,4 % de patología clínica y 23,2 % de subclínica. (74% hipotiroidismo y 26% hipertiroidismo)
- Aumenta la incidencia de cáncer.
- Menor sintomatología lo que dificulta el diagnóstico.
- El hipotiroidismo leve puede dar síntomas atribuibles a la menopausia.
- Pacientes con TRH presentan cambios en las HT.

# *Diagnóstico difícil*

- ▶ Constituyen un problema clínico frecuente en la práctica clínica geriátrica.
- ▶ Tanto la hipofunción como la hiperfunción de la glándula tiroidea se pueden presentar en forma atípica.
- ▶ Síntomas larvados y /o en muchas ocasiones “achacados” por la familia y paciente como propios de la “vejez”

# *Incidencia de enfermedades tiroideas en la postmenopausia*

- ▶ Enf. tiroideas clínicas 2.4%
- ▶ Enf. tiroideas subclínicas 23.2%.

## Enf. tiroideas subclínicas

a- 74% hipotiroideas

b- 26.% hipertiroideas.

El cáncer tiroideo aumenta con la edad

**HIPOTIROIDISMO**

**SUBCLÍNICO**

**CLÍNICO**

# Hipotiroidismo SUBCLÍNICO

Es una alteración bioquímica en que la TSH se encuentra elevada y las hormonas tiroideas T3 y T4 dentro de la normalidad. (TSH: entre 4 y 10uU/L).

# HIPOTIROIDISMO CLÍNICO

Es una alteración bioquímica en que la TSH se encuentra elevada y las hormonas tiroideas T3 y T4 disminuidas

# Síntomas

- depresión
- sensación de frío
- letargia
- anergia
- debilidad
- confusión mental
- amenorrea

**HIPOTIROIDISMO**

- Depresión
- sensación de frío
- letargia
- anergia
- debilidad
- confusión mental
- amenorrea

**MENOPAUSIA**

# FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HIPOTIROIDISMO

- Hipertiroidismo tratado
- Irradiación de cuello
- Diabetes tipo 1 y otras enfermedades autoinmunes
- Tratamiento con amiodarona, litio o interferón alfa.
- Mujeres mayores de 50 años peri ó postmenopáusicas.

# HIPERTIROIDISMO

## *Incidencia:*

- ❖ No tan frecuente como el hipotiroidismo.
- ❖ Se encuentra en 2,3 % de la población anciana.
- ❖ De estos el 50 % se presenta un bocio tóxico multinodular.

# DEFINICIÓN

Cuadro caracterizado por la presencia de TSH baja o en valores no detectables con niveles de T4L y T3 normales (SC/aumentadas. C)

# Causas de hipertiroidismo

## Causas Endógeno

- ❑ Enf Graves
- ❑ Nódulo autónomo
- ❑ Bocio multinodular

## Causas HSC Exógeno

Reemplazo excesivo con hormonas tiroideas

# SÍNTOMAS

- ▶ NERVIOSISMO
- ▶ PERDIDA DE PESO
- ▶ PALPITACIONES
- ▶ ALOPECIA
- ▶ DIARREA

**HIPERTIROIDISMO**

- ▶ NERVIOSISMO
- ▶ PERDIDA DE PESO
- ▶ PALPITACIONES
- ▶ ALOPECIA
- ▶ DIARREA

**MENOPAUSIA**

# HIPERTIROIDISMO SUBCLINICO

Circunstancias en las que se pueda sospechar:

- Arritmias (Fibrilación auricular, Taquicardia Sinusal)
- Perdida de peso sin causa aparente
- Síndromes ansiosos
- Temblor fino de extremidades
- Insomnio
- Alopecia, Hiperhidrosis
- Osteoporosis u Osteopenia

# Categorías de Hipertiroidismo S.C.

- TSH detectable 0.1–0.4 mIU/ml
- TSH indetectable < 0.1 mIU/ml

JAMA (2004) 291:228–238

.

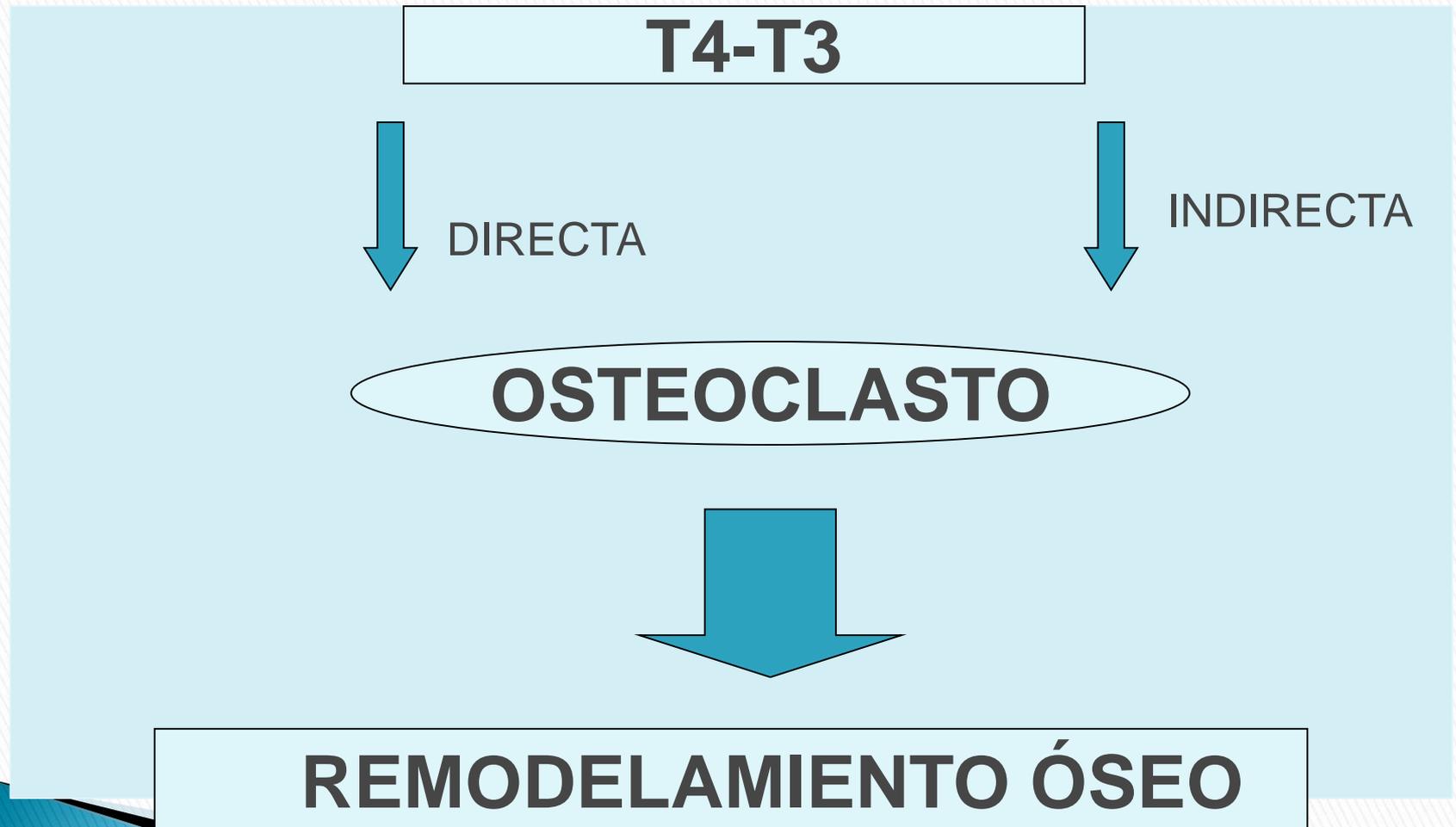
# HIPERTIROIDISMO

- ❑ AUMENTO FC
- ❑ MAYOR RIESGO DE ARRITMIAS ATRIALES
- ❑ MENOR VARIABILIDAD FC
- ❑ AUMENTO MASA VENTRICULAR IZQUIERDA
- ❑ ELEVACIÓN DEL FIBRINÓGENO

# Hipertiroidismo subclínico exógeno : indicaciones de reducción de dosis de Lt4

- Fibrilación auricular nueva, ángor o insuficiencia cardiaca
- Pérdida acelerada de masa ósea
- Oligoamenorrea, amenorrea ,o infertilidad
- Síntomas inespecíficos (diarrea, cansancio, palpitaciones )
- T3 sérica “ bordeline”

# ACCIÓN DE LAS H.TIROIDEAS SOBRE EL SISTEMA OSEO



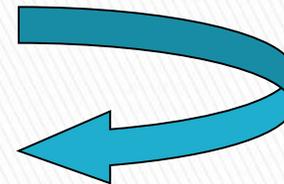
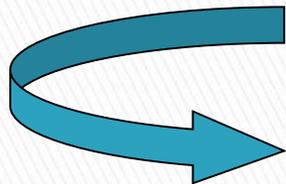
# ACCIÓN DE TSH EN HUESO

RECEPTORES DISMINUIDOS



OSTEOBLASTO

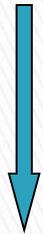
OSTEOCLASTO



OSTEOPOROSIS

# HIPERTIROIDISMO SC EXÓGENO

PRE MENOPAUSIA



NO AFECTA DMO

POST MENOPAUSIA



ACELERA EL  
TURNOVER ÓSEO

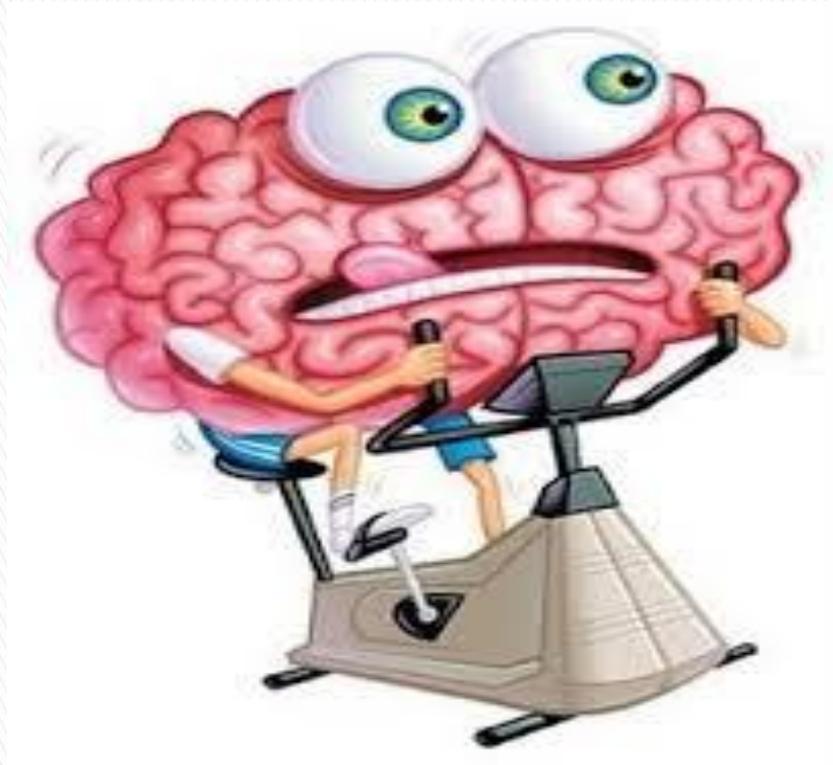
# HSC ENDÓGENO

DEPENDE DE LA DURACIÓN DE LA  
ENFERMEDAD

DISMINUYE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA  
(CORTICAL)

Calcif Tissue Int (2001) 69:84-87

# SISTEMA NERVIOSO



HUMOR- CALIDAD DE VIDA

# HUMOR-FUNCIÓN COGNITIVA

EXÓGENO

ENDÓGENO

SÍNTOMAS Y SIGNOS  
DE EXCESO DE HT

MENOS SEVERO

▶ J Clin Endocrinol Metab  
(1994) 78:1028-1033

J Clin Endocrinol Metab ( 1997)  
82:2592-2595

# HUMOR-FUNCIÓN COGNITIVA

depresión

ansiedad

temor

hostilidad

disminución concentración

## **Presentación del caso**

Mujer de 51 años de edad, separada, sin hijos. Publicista, mal desempeño laboral y mala adaptación al Stress. Pensionada por invalidez en 2003, debido a patología mental.

A los 30 años de edad, luego de la muerte de su padre, comienza con ánimo depresivo, agresividad, impulsividad, intento de suicidio y síntomas psicóticos (alucinaciones visuales). Posteriormente a esto, la paciente presentó episodios de características similares, conductas exhibicionistas, inquietud psicomotriz, euforia, dromomanía y verborrea. Por tales síntomas fue diagnosticada y manejada como un caso de trastorno afectivo bipolar I (TAB I) por psiquiatría.

Antec. tóxicos: fuma 20 cigarrillos/día; niega consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas. Tiene historia familiar de TAB I en una hermana. Hace 5 años se le diagnosticó cáncer de ovario, por lo que se le realizó histerectomía ampliada con quimioterapia y radioterapia asociadas, y se logró remisión completa del tumor. Asiste a controles periódicos con oncología y medicina interna, donde se descartó metástasis o reactivación tumoral. En 2011 se le diagnosticó diabetes mellitus tipo 2, ttda con metformina. Hace un año se le diagnosticó hipotiroidismo subclínico. En la actualidad bajo tto con fuoxetina, risperidona y ácido valproico para su TAB I.

En 2009 requirió hospitalización por episodio depresivo e intento de suicidio.

En diciembre del mismo año, durante la hospitalización, se le realizó un tamizaje de función tiroidea, donde se encontró TSH en 6,41 Uiu/ml, sin datos de T4 libre. Se le inició terapia de reemplazo hormonal con dosis bajas 25 mcg al día de levotiroxina. Al cabo de 12 días Medicina General encuentra a la paciente con edema bipalpebral, astenia y adinamia, intolerancia al frío, piel gruesa, frialdad acral sin signos de hipoperfusión, reflejo aquiliano retrasado y lentitud motriz, por lo que aumenta dosis de levotiroxina a 75 mcg/día.

Una vez llevado a cabo este aumento de dosis se insinúan los síntomas depresivos y los episodios incrementan en duración. Durante las hospitalizaciones se la observa con gran inquietud motriz, aislamiento social, ideación delirante extravagante, alucinaciones auditivas y visuales formadas, ideación suicida persistente y culpa excesiva por acontecimientos del pasado. Requirió varias hospitalizaciones durante un año, sin lograr remisión de los síntomas.

Durante su última hospitalización, en de junio de 2010, se solicitó control de TSH, cuyo resultado fue  $<0,001$  Uiu/ml, razón por la cual se decide suspender el suplemento hormonal.

Tres días después se observa una mejoría significativa, disminuye la intensidad de sus síntomas, y días después se logra reducir la ideación delirante, y cambia la modulación del estado de ánimo y de síntomas depresivos-ansiosos.

En controles ambulatorios posteriores (noviembre de 2010) se nota adecuada evolución, menor ansiedad y adecuada adherencia al tratamiento.

## Las Hormonas Tiroideas

**Ejercen gran influencia en el comportamiento y en el estado de ánimo** son necesarias para:

mantener el control normal del sistema nervioso central (SNC)

el **desarrollo y la maduración cerebrales**

para el procesamiento y la integración neuronales

para la **proliferación de células gliales y para la mielinización**

y la **síntesis de enzimas necesarias para los neurotransmisores**

**las alteraciones tiroideas producen cambios** en los planos cerebral y bioquímico

y hasta en **los receptores involucrados en las emociones,**

**tales como los noradrenérgicos, serotoninérgicos y gabaérgicos.**

# UNA MUJER MADURA

No es inteligente..... es *SABIA*

No se precipita,  
Espera *el MOMENTO INDICADO.*

NO piensa en cantidades....prefiere *CALIDAD*

No ve....*OBSERVA*

No juzga.....*ANALIZA*.....

No busca.....*DESPIERTA LOS SENTIDOS*

No coloca cadenas.....*DEJA LIBRE*

Porque sabe lo que quiere....cómo lo quiere....y  
Cuándo lo quiere



***GRACIAS POR SU ATENCIÓN***