

Enfermedad tiroidea subclínica en la población anciana sana institucionalizada

Carmen Ayala^a, M. Victoria Cózar^b, José Ramón Rodríguez^c, Hipólito Silva^b, José Luis Pereira^b y Pedro Pablo García-Luna^b

^aServicio de Endocrinología. Hospital de Jerez. Cádiz. ^bUnidad de Nutrición Clínica. Servicio de Endocrinología. ^cServicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

FUNDAMENTO: Determinar la prevalencia de enfermedad tiroidea subclínica en población anciana sana institucionalizada.

PACIENTES Y MÉTODO: A 242 ancianos sanos, residentes en centros públicos andaluces, se les determinó la hormona estimuladora del tiroides (TSH), la tiroxina (T_4) libre y los anticuerpos antitiroideos.

RESULTADOS: Se halló una prevalencia de hipotiroidismo subclínico del 3,71%, de hipotiroidismo clínico del 1,65% de hipertiroidismo subclínico del 0,82% y de enfermedad autoinmune del 10,33%.

CONCLUSIONES: En la población anciana sana institucionalizada, existe un alto índice de disfunción tiroidea no detectada. Ello justificaría un cribado hormonal para su diagnóstico.

Palabras clave: Ancianos. Tiroides. Institucionalización

Subclinical thyroid disease in institutionalised healthy geriatric population.

BACKGROUND: Our aim was to determine the prevalence of subclinical thyroid disease in a healthy institutionalised geriatric population.

PATIENTS AND METHOD: We determined TSH, free T_4 and antithyroid antibodies from 242 healthy elderly subjects living in Andalusian public nursing homes.

RESULTS: Subclinical hypothyroidism was detected in 3.71% of cases; clinical hypothyroidism in 1.65%; subclinical hyperthyroidism in 0.82%, and autoimmune disease in 10.33%.

CONCLUSIONS: There is a high rate of clinically undetected thyroid dysfunction among the healthy institutionalised geriatric population. Therefore, a hormonal screening may be justified in this population.

Key words: Elderly, Thyroid, Nursing home.

Med Clin (Barc) 2001; 117: 534-535

Correspondencia: Dr. P. Pablo García Luna. Unidad de Nutrición Clínica.

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla.

Correo electrónico: ppgarcia@hvr.sas.cica.es

Recibido el 14-2-2001; aceptado para su publicación el 26-6-2001

Recientemente ha crecido el interés por conocer la incidencia y repercusión sanitaria de las alteraciones tiroideas, especialmente en ancianos. Esto se debe al importante crecimiento de esta población, con el consiguiente aumento de demanda sanitaria; al gran parecido que los síntomas de envejecimiento tienen con los debidos a enfermedad tiroidea, y al hecho de disponer desde hace unos 25 años de un método sensible para la determinación de la hormona estimuladora del tiroides (TSH), lo que permite realizar el diagnóstico del «hipotiroidismo subclínico» (HSC) caracterizado por TSH elevada con tiroxina (T_4) libre normal, y por tanto, en teoría asintomático.

Todo ello ha motivado la realización de múltiples estudios para determinar la prevalencia de disfunción tiroidea, tanto clínica como subclínica, sus repercusiones sanitarias, la conveniencia o no de realizar un cribado hormonal y de tratar los casos subclínicos. Los resultados han sido muy dispares, variando la prevalencia de HSC entre un 1 y un 18%. Por ello, la conveniencia de cribado es objeto de controversia; así algunos autores abogan por determinaciones sistemáticas de TSH a todos los ancianos, y otros no lo creen justificado².

En España sólo hay dos estudios. El primero, de 1990 realizado en Barcelona³, estudiaba la prevalencia de enfermedad tiroidea en ancianos demandantes de asistencia sanitaria. En él se encontró un 4% de HSC, considerándose no justificado el cribado sistemático. En el segundo, de 2000 en Gran Canaria⁴, se estudió a ancianos en el momento del ingreso en una residencia, encontrando casi un 8% de hipotiroidismo (clínico y subclínico), considerando que la determinación de TSH tiene buena relación coste/utilidad.

Dada la gran variabilidad en cuanto a la incidencia, la controversia sobre el cribado, y que en España sólo existen los dos estudios mencionados, nos propusimos valorar la frecuencia de enfermedad tiroidea subclínica en población anciana sana institucionalizada de Andalucía.

Pacientes y método

La población seleccionada estuvo formada por individuos mayores de 65 años, que llevaban un año o más viviendo en residencias públicas en Andalucía, participantes en el Estudio ACG, Nutrición en Ancianos (estudio epidemiológico para conocer el estado nutricional del anciano institucionalizado sano en residencias públicas), realizado a escala nacional, y que no cumplían ninguno de los siguientes criterios de exclusión: dependencia de terceros para alimentarse, incapacidad física que les impidiera mantenerse en pie; cambios de peso en los últimos 6 meses superior al 10% de su peso habitual, ingesta etílica superior a 100 g/día, enfermedades digestivas (enfermedad inflamatoria intestinal, resecciones gastrointestinales amplias, hepatopatía activa, etc.), enfermedades metabólicas (diabetes tipo 1, insuficiencia renal con creatinina de más de 3 mg/dl, hiper o hipotiroidismo); insuficiencia cardíaca grado III/IV de la New York Heart Association (NYHA), EPOC con oxigenoterapia, enfermedad aguda en los últimos 3 meses con indicación de ingreso hospitalario, traumatismos o accidentes graves en los últimos 3 meses, neoplasia diagnosticada en los últimos 5 años, enfermedad grave con pronóstico vital inferior a 6 meses; corticoterapia sistémica en los últimos 3 meses o quimioradioterapia en los últimos 5 años, y tratamiento con orexígenos, anabolizantes o nutrición artificial en los últimos 6 meses. En total se incluyó a 242 ancianos sanos de Jerez, Aguadulce (Almería), Córdoba y Sevilla, que representan el 4% de la población anciana institucionalizada de Andalucía.

Se determinaron las hormonas tiroideas y los anticuerpos antitiroideos. La T_4 libre se determinó mediante RIA-gnost FT4, CIS Bio International; la TSH, mediante RIA-gnost hTSH, CIS Bio International; los anticuerpos antiperóxidasa (ABTPO), mediante IRMA en tubos recubiertos (AB-TPOK-3, DiaSorin), y los anticuerpos antitiroglobulina (ABTG), mediante IRMA en tubos recubiertos (AB-HTGK-3, DiaSorin).

Consideramos que existía enfermedad autoinmune cuando los valores de ABTPO y/o ABTG estuvieron por encima de 20 y 300 U/ml, respectivamente. Revisamos las historias de los pacientes en los que se detectó alguna alteración buscando antecedentes o fármacos (amiodarona, litio, etc.) que pudieran afectar la función tiroidea, y existencia de enfermedades relacionadas (hiperlipemia, diabetes, depresión, etc.).

Resultados

El número total de participantes fue de 242, 100 varones (42,3%) y 142 mujeres (57,7%).

La prevalencia de disfunción tiroidea y de enfermedad autoinmune fue: hipotiroidismo subclínico en 9 pacientes (un 3,71% del total); hipotiroidismo clínico, 4 (un 1,65%); hipertiroidismo subclínico, 2 (un 0,82%); hipertiroidismo clínico, 0, y autoinmunidad tiroidea, 25 (un 10,33%). De ellos, 20 (80%) tenían función tiro-

TABLA 1

Distribución de las alteraciones tiroideas entre mayores y menores de 80 años

	Hipotiroidismo subclínico, n (%)	Hipotiroidismo clínico, n (%)	Hipertiroidismo subclínico, n (%)	Tiroiditis autoinmune, n (%)	Total n (%)
< 80 años n = 90 (37,2%)	1 (1,1)	2 (2,2)	0	9 (10)	12 (13,3)
> 80 años n = 152 (62,8%)	8 (5,2)	2 (1,3)	2 (1,3)	16 (10,5)	28 (18,3)
Total, n = 242	9 (3,72)	4 (1,65)	2 (0,82)	25 (10,33)	40 (16,52)

dea normal, 2 (8%) hipotiroidismo subclínico y 3 (12%), hipotiroidismo clínico. También detectamos en 7 pacientes un valor de TSH normal pero con concentraciones de T_4 libre descendidas, lo que creemos que podría ser erróneo y precisaría una nueva determinación. Por último, en un paciente se detectaron valores de TSH y T_4 libre bajos, lo que obligaría a descartar hipotiroidismo secundario. En cuanto a la distribución por sexos: se halló hipotiroidismo subclínico en 6 mujeres (4,22%) y 3 varones (3%); hipotiroidismo clínico en 3 mujeres (2,1%) y un varón (1%); hipertiroidismo subclínico en una mujer (0,7%) y un varón (1%), y enfermedad tiroidea autoinmune en 23 mujeres (16,19%) y 2 varones (2%).

Como cabría esperar, la enfermedad tiroidea y, especialmente, los trastornos autoinmunes son más frecuentes en mujeres.

Por grupos de edad dividimos a la población en mayores y menores de 80 años, y no encontramos diferencias significativas, salvo en la incidencia de HSC (5,22% en los mayores de 80 años frente al 1,1% en los menores de 80 años) (tabla 1).

Por último, revisamos las historias de 12 pacientes con alguna alteración (7 tiroiditis autoinmune, 3 HSC, un hipotiroidismo clínico y un hipertiroidismo subclínico), buscando antecedentes de enfermedad tiroidea, fármacos que pudieran interferir con la función tiroidea, radiación, cirugía cervical o enfermedades relacionadas con alteraciones tiroideas. Sólo encontramos en uno de los casos de HSC antecedente de intervención de neoplasia laringea 17 años antes, lo que podría explicar dicha alteración, y dos de los casos de tiroiditis autoinmune asociaban diabetes mellitus, hiperlipemia y síndrome depresivo.

Discusión

La mayoría de los ancianos acuden regularmente a sus médicos, a los que les plantean síntomas relacionados con el propio proceso de envejecimiento, algunos de los cuales podrían estar en relación con cierta disfunción tiroidea, que

con frecuencia pasa desapercibida. Se han realizado varios estudios para determinar si la exploración clínica, comparada con el cribado hormonal, detecta un número significativo de estos trastornos; encontrándose que el estudio clínico, incluso realizado por endocrinólogos, deja sin diagnosticar algunas alteraciones clínicas y gran parte de las subclínicas^{5,6}. Otras investigaciones, dada la alta prevalencia de trastornos subclínicos en ancianos (llegando a un 14,6% de HSC en mujeres de más de 60 años), se han encaminado a determinar la trascendencia que dichos trastornos tendrían sobre la salud y, por tanto, si se beneficiarían de tratamiento sustitutivo¹. En este sentido, se ha detectado mayor incidencia de HSC en pacientes con hiperlipemia⁷, depresión o demencia⁸ y enfermedad cardíaca⁹, y una mejoría clínica tras el tratamiento sustitutivo. Así, estos autores defienden la realización de pruebas de función tiroidea en todos los subgrupos anteriores, e individualizar la indicación de tratamiento.

La frecuencia de autoinmunidad tiroidea también se ha estudiado en múltiples ocasiones, y se ha hallado una prevalencia superior al 20% en mujeres de zonas con ingestión de yodo suficiente, conociéndose, además, que en estos casos la probabilidad de desarrollar trastornos tiroideos es mucho mayor^{1,10}.

En nuestro estudio, realizado en ancianos institucionalizados, sin enfermedad aguda, discapacidad, enfermedades crónicas graves, ni enfermedad tiroidea conocida (a diferencia de los estudios españoles previos en los que no se realiza esta exclusión), hallamos una incidencia de disfunción tiroidea del 6,1% (el 3,71% HSC, el 1,65% hipotiroidismo clínico y el 0,82% hipertiroidismo subclínico), siendo las alteraciones más frecuentes en mujeres.

Estos datos concuerdan con los estudios realizados hasta ahora, y en concreto con los dos únicos realizados en España. En Barcelona la prevalencia de HSC fue del 4%, y en Gran Canaria, del 7,9% de hipotiroidismo (un 5,9% subclínico y un 2% clínico), aunque las poblaciones no

tenían las mismas características que la nuestra, como ya se ha comentado. En cuanto a la autoinmunidad, hemos encontrado una incidencia del 16,19% en mujeres, lo que también entra en lo descrito hasta ahora (aunque no conocemos ningún estudio español en este sentido). Por otro lado, en el análisis por edades, sólo podemos destacar una mayor incidencia de HSC en mayores de 80 años (el 5,22% frente a un 1,1%).

En vista de los resultados, con casi un 4% de HSC no diagnosticado, que como se ha dicho puede tener repercusión clínica y evolucionar a hipotiroidismo franco, y casi un 2% de hipotiroidismo clínico que pasa desapercibido sólo con la exploración clínica, creemos justificado el cribado hormonal, sobre todo en mayores de 80 años, mediante determinación de TSH. Si ésta estuviese alterada se determinarían T_4 libre, ABTPO y ABTG, para descartar trastornos clínicos y filiar la etiología; sería preciso el seguimiento de estos ancianos, sobre todo los que presenten valores elevados de autoanticuerpos, por la probabilidad de que desarrollen alteraciones clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diez JJ. Hipotiroidismo en el anciano: importancia clínica y dificultades en el diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 742-750.
2. Attia J, Margetts P, Guyatt G. Diagnosis of thyroid disease in hospitalised patients: a systematic review. *Arch Intern Med* 1999; 159: 658-665.
3. Casas J, Marquet R, Grifell E, Benet JM, Cortés P, Lucas A et al. Hormona tirotropa en la población adulta demandante de un centro de atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 89-91.
4. Anía BJ, Suárez JL, Fernández-Burriel M, Guerrra L, Betancort C. Función tiroidea en ancianos al ingreso en una residencia. *An Med Interna* 2000; 17: 5-8.
5. Szabolcs I, Kovacs Z, Gonczi J, Kakosy T, Goth M, Dohan O et al. Prevalence of thyroid dysfunction in different geriatric subpopulations from a moderately iodine deficient Hungarian region: Comparative clinical and hormonal screening. *Eur J Endocrinol* 1995; 133: 294-299.
6. Bona M, Santini F, Rivolta G, Grossi E, Grilli R. Cost effectiveness of screening for subclinical hypothyroidism in the elderly. A decision-analytical model. *Pharmacoeconomics* 1998; 14: 209-216.
7. Tanis BC, Westendorp GJ, Smelt HM. Effect of thyroid substitution on hypercholesterolemia in patients with subclinical hypothyroidism: a reanalysis of intervention studies. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1996; 44: 643-649.
8. Ganguli M, Burmeister LA, Seaberg EC, Belle S, Dekosky ST. Association between dementia and elevates TSH: a community-based study. *Biol Psychiatry* 1996; 40: 714-725.
9. Kahaly GJ. Cardiovascular and atherogenic aspects of subclinical hypothyroidism. *Thyroid* 2000; 10: 665-679.
10. Mariotti S, Chiavato L, Franceschi C, Pinchera A. Thyroid autoimmunity and ageing. *Exp Gerontol* 1998; 33: 535-541.