

Enfermedades de la tiroides

- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Preguntas para el médico

Enfermedades de la tiroides en mujeres

La tiroides es una glándula grande, con forma de mariposa, situada en la parte delantera del cuello. Su función es producir la hormona tiroidea que es la que regula el metabolismo, es decir, la velocidad con la que se consume la glucosa (el combustible del organismo). El elemento más importante para producir la hormona tiroidea es el yodo, que se obtiene de los alimentos (particularmente mariscos, pescado, sal, pan y leche).

Cuando algo no funciona bien en la tiroides, el efecto se siente en todo el organismo. Los dos trastornos más comunes de la tiroides son hipotiroidismo (la tiroides produce muy poca cantidad de la hormona) e hipertiroidismo (la tiroides produce una cantidad excesiva de la hormona). Ambas son mucho más comunes en la mujer que en el hombre: el 88% de las personas que sufren la enfermedad de Graves (la causa más frecuente del hipertiroidismo) y el 95% de las personas que sufren hipotiroidismo, son mujeres. Asimismo, el cáncer de tiroides ocurre con una frecuencia dos veces mayor en mujeres que en hombres.

Preguntas para el médico

1. ¿Cómo va a hacer su diagnóstico?
2. Si los análisis indican que tengo un problema de tiroides, ¿cuáles son los tratamientos posibles?
3. ¿Voy a tener una enfermedad tiroidea toda mi vida?
4. ¿Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento?
5. ¿Mis hijos corren el riesgo de tener una enfermedad tiroidea?
6. Después de iniciado el tratamiento, ¿cuánto tiempo va a pasar antes de que me sienta mejor?

Hipotiroidismo

El hipotiroidismo puede deberse a una infección viral (en cuyo caso suele ser un efecto temporal), a un tratamiento con radiación en el cuello o la cabeza, o a una deficiencia o una sobredosis de yodo; también puede ser un efecto secundario de la administración de litio (usado como medicamento).

Pero en general, la causa más frecuente es la enfermedad de Hashimoto, una enfermedad autoinmune que se produce cuando el sistema inmunológico ataca a las células de la tiroides, lo cual produce inflamación y cicatrices e impide que las células produzcan la hormona en cantidades suficientes.

Los síntomas más comunes son: hemorragia menstrual intensa, problemas de memoria, depresión, hormigueo de manos y pies, aumento de peso, palpitaciones, piel seca, caída del cabello, uñas quebradizas, sensación constante de frío, debilidad, fatiga, estreñimiento y ronquera.

Es muy fácil diagnosticar el hipotiroidismo mediante un análisis de sangre simple y de bajo costo con el que se mide la concentración de la hormona tiroidea. Sin embargo, los expertos consideran que a la mitad de las personas con hipotiroidismo no se les ha diagnosticado su enfermedad porque a menudo los síntomas aparecen en forma muy gradual. La Asociación Americana

de Tiroides recomienda que a partir de los 35 años se mida la concentración de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) cada 5 años.

Muchos expertos también recomiendan que las mujeres embarazadas se hagan este análisis porque aproximadamente un 5% de ellas tiene hipotiroidismo. Esta enfermedad puede aumentar el riesgo de sufrir un aborto espontáneo o de tener un bebé prematuro.

Hipertiroidismo

El hipertiroidismo es exactamente lo opuesto del hipotiroidismo y se produce cuando la glándula tiroides se agranda y produce una cantidad excesiva de la hormona tiroidea. De hecho, una señal de esta enfermedad es que el cuello se agranda, a lo cual se lo conoce como bocio. Por lo general se produce en las mujeres de 20 a 40 años.

El hipertiroidismo puede deberse a la presencia de nódulos en la tiroides que segregan demasiada hormona. También puede presentarse durante un embarazo o inmediatamente después. Sin embargo, la causa más común es la enfermedad de Graves, que es un trastorno autoinmune en el cual el sistema inmunológico produce anticuerpos que atacan la tiroides, la agrandan y provocan la superproducción de la hormona. Tanto la enfermedad de Graves como la de Hashimoto son hereditarias.

Los síntomas más comunes son: disminución de peso, temblores (debido al aumento del metabolismo por el exceso de hormona tiroidea), palpitaciones, períodos menstruales con menos hemorragia, sensación constante de calor y sudoración intensa. También

Recursos

American Autoimmune Related Diseases Association (Asociación Americana de Enfermedades Autoinmunes)
1-800-598-4668
www.aarda.org

The American Thyroid Association (Asociación Americana de Tiroides)
703-998-8890
www.thyroid.org

The Thyroid Foundation of America (Fundación Americana de Tiroides)
1-800-832-8321
www.allthyroid.org

puede producirse debilidad muscular, particularmente en los brazos y las piernas, y los ojos pueden ponerse saltones.

La enfermedad de Graves puede diagnosticarse con un simple análisis de sangre mediante el cual se mide la concentración de la hormona tiroidea.

Análisis de la hormona tiroidea

Hay dos tipos de hormona tiroidea: T4 (tiroxina) y T3 (triyodotironina). Con la mayoría de los análisis se mide la cantidad de T4, que generalmente está baja si se tiene hipotiroidismo y está alta si se tiene hipertiroidismo. Pero el análisis más preciso para diagnosticar problemas de hormona tiroidea, es el que mide la cantidad de hormona estimulante de la tiroides (análisis de "TSH", por su sigla en inglés).

Esta es una hormona secretada por la glándula pituitaria para indicar a la

tiroides que tiene que producir hormona tiroidea. Si la concentración de hormona tiroidea fuera baja, la glándula pituitaria producirá más TSH para que aumente la producción de hormona tiroidea. Pero si la concentración de hormona tiroidea fuera alta, la glándula pituitaria producirá menos TSH para indicarle a la tiroides que debe producir menos hormona.

Se considera que hay hipertiroidismo cuando la concentración de TSH es menor a 0.4 uU/mL (en microunidades por mililitro); se considera que hay hipotiroidismo cuando la concentración de TSH es mayor a 4.5 uU/mL.

Tratamiento del hipertiroidismo y del hipotiroidismo

Si sufre de hipotiroidismo su médico probablemente le recetará una hormona tiroidea sintética (en general, tiroxina). A veces basta con usarla por unos meses, pero en otros casos hay que seguir tomándola por el resto de la vida.

Consulte a su médico respecto a la marca de hormona tiroidea que le receta, porque si bien las genéricas suelen ser más baratas que las de marca, existe la sospecha de que las genéricas tal vez no sean tan eficaces. Asimismo deberá controlarse la concentración de hormona tiroidea mientras se le administre tiroxina, para asegurarse de que está recibiendo la dosis correcta. Una vez que se establezca la tiroides, siga usando la misma marca y recuerde tomarla todos los días.

El tratamiento del hipertiroidismo es un poco más complicado. Al principio

su médico podría recetarle un beta bloqueador, como Inderal (propranolol), el cual hace más lento el ritmo cardíaco y reduce la presión sanguínea. Esto hace que disminuyan el temblor y las palpitaciones, pero la concentración de hormona permanece elevada. Para disminuirla, pueden administrarse medicamentos antitiroideos como Tapazol (metimazol) o PTU (propiltiouracil),

En Estados Unidos a menudo se usa yodo radioactivo para irradiar la glándula tiroides y hacer que no produzca tanta hormona. Otra opción es que el médico extirpe quirúrgicamente la tiroides. Sea cual sea el tratamiento, tarde o temprano probablemente tenga que tomar una hormona tiroidea sintética cuando su tiroides comience a producir menos hormona. Si planea viajar y estuviera tratándose con yodo radioactivo, pida a su médico que le haga una nota que así lo indique, ya que la radiactividad del tratamiento podría activar los detectores de radiación de los puestos de seguridad, inclusive varios días después.

La vida de las personas con enfermedad tiroidea

La tarea del médico es identificar el mejor tratamiento para su caso; el resto dependerá de usted. No sólo es importante que tome los medicamentos según se le haya indicado, también tiene que hacerse los análisis de sangre cada vez que le indiquen y tendrá que avisarle a su médico si detecta algún cambio en su estado.

Referencias

Wood LC, Cooper DS, Ridgway CE. Your Thyroid. New York: Ballentine Books. 2005.

Jacobson DL, Gange SJ, Rose NR, Graham NM. Epidemiology and estimated population burden of selected autoimmune diseases in the United States. Clin Immunol Immunopathol. 1997 Sep; 84(3): 223-43.

Tews MC, Shah SM, Gossain VV. Hypothyroidism: mimicker of common

complaints. Emerg Med Clin North Am. 2005 Aug;23(3):649-67, vii.

Ladenson PW, Singer PA, Ain KH et al. American Thyroid Association guidelines for detection of thyroid dysfunction. Arch Intern Med 2000;160: 1573-1575.

"Women & Autoimmune Diseases." National Women's Health Report. National Women's Health Resource Center. Aug 2006. Available at: www.healthyywomen.org.

Ai J, Leonhardt JM, Heymann WR. Autoimmune thyroid diseases: etiology, pathogenesis, and dermatologic manifestations. J Am Acad Dermatol. 2003;48(5):641-59.

Hypothyroidism Booklet. www.thyroid.org. The American Thyroid Association.