

**El tratamiento  
médico del  
hipertiroidismo**

**Dr. JORGE MAISTERRENA  
FERNANDEZ\***

**E**L TRATAMIENTO del hipertiroidismo ha sufrido grandes cambios durante los últimos 20 años, debido a la aparición de nuevos procedimientos terapéuticos cuya eficacia ha sido ya convenientemente comprobada.

Los distintos tipos de tratamiento que se emplean en la actualidad son los siguientes:

1. Yodo
2. Medicación Antitiroidea
3. Cirugía
4. Yodo Radioactivo
5. Combinaciones.

**Yodo.** El yodo como tratamiento de base, tiene muy poca utilidad ya que no siempre es capaz de corregir la disfunción y en muchas ocasiones el hipertiroidismo escapa a su acción. Sin embargo puede emplearse en casos sumamente ligeros por tiempo indefinido, aunque tiene el inconveniente de que con frecuencia produce fenómenos de yodismo cuando su administración es prolongada.

Su indicación precisa y donde es insustituible es durante la preparación para cirugía, ya que su administración durante 12 a 15 días de la operación, hace que la glándula disminuya de tamaño se vuelva más dura, menos vascularizada y en general más manejable para el acto quirúrgico.

**MEDICACIÓN ANTITIROIDEA.** A partir de 1942 se identificó la actividad antitiroidea de algunos compuestos y desde entonces aparecieron en el mercado múltiples preparados cuya acción es la de entorpecer la

\* Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

síntesis de la hormona tiroidea. La tiourea y sus derivados fueron los que proporcionaron mayores ventajas y de ellos, el propil-tiouracilo es el más usado en la actualidad por su menor grado de toxicidad. Su acción es la de inhibir la enzima peroxidasa que se encarga de oxidar los yoduros de la circulación y permitir el paso del yodo libre al interior de la glándula. Al no entrar el yodo a la glándula, ésta no tiene la suficiente cantidad de elementos necesarios para la producción de su hormona la cual deja de ser producida en forma excesiva, por lo que desaparece el cuadro clínico del hipertiroidismo.

Estos medicamentos han venido a resolver el problema de todos los hipertiroidismos que no eran corregidos por el yodo, aunque como tratamiento definitivo, de base, no es todavía el que mayores ventajas ofrece. La cirugía es la que resultó más beneficiada con el advenimiento de éste tipo de medicación, pues en la actualidad, todos los hipertiroidismos pueden fácilmente ser llevados al eutiroidismo y estar en magníficas condiciones para evitar todas las complicaciones operatorias que antes eran más frecuentes, por imposibilidad de la preparación correcta. El ejemplo más claro de ello es la crisis tiroidea que ya nunca se presenta en el post-operatorio de la tiroidectomía.

Debe aclararse que el tratamiento preoperatorio es combinado, pues el sólo empleo de propiltiouracilo, favorece la vascularización y la glándula sangra profusamente lo que dificulta y hace peligrosa la intervención. Por esta razón, una vez que el enfermo se encuentre en eutiroidismo debe agregarse yodo en forma de solución de Lugol, 5 gotas diariamente durante los 12 días previos a la cirugía, para evitar esos inconvenientes. Además de su franca indicación en la preparación para cirugía, es el tratamiento preferido durante el embarazo y en muchos casos de riesgos quirúrgicos contrarios o de hipertiroidismo recurrente. Tiene la gran ventaja de que los efectos de sobredosis desaparecen inmediatamente al modificar la cantidad administrada y de que puede ser utilizado en zonas rurales y en todos aquellos sitios donde no se cuenta con un centro quirúrgico adecuado o no se disponga del yodo radioactivo.

Entre los aspectos negativos que pueden mencionarse está el de que no resuelve el problema estético de los bocios grandes y de que requiere un tratamiento prolongado por más de un año, que exige vigilancia médica puesto que un grupo pequeño de enfermos puede dar lugar a reacciones indeseables, principalmente lesiones cutáneas y algunas veces leucopenia y agranulocitosis que afortunadamente son muy raras con

los compuestos actuales. De cualquiera manera debe recomedársele al enfermo suspender el medicamento cuando presente fiebre o signos de faringitis debiéndose de practicar fórmula leucocitaria para cambiar de tratamiento en caso de que hubiera leucopenia. Los compuestos más usados y menos tóxicos son el propil-tiouracilo y el tapazol. Al encontrar alguna reacción indeseable lo indicado es cambiar de producto y con sólo eso se evitan peligros mayores ya que las reacciones son específicas a cada producto.

El porcentaje de curación es aproximadamente de 50 por ciento después de más de un año de tratamiento y esta menor eficacia en relación a los otros procedimientos y algunas de sus desventajas hacen que no resulte el tratamiento de elección en el hipertiroidismo; no obstante, sigue siendo insustituible en todos los casos agudos en que se intente corregir la tirotoxicosis rápidamente.

**CIRUGÍA.** La cirugía en nuestros días se ha facilitado grandemente con la adquisición de los nuevos medicamentos antes mencionados y con el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, por lo que la morbilidad actualmente es mínima.

Su principal indicación se encuentra en los bocios nodulares y en los difusos de grandes dimensiones, ya que aquellos no responden tan efectivamente al tratamiento médico siendo además la manera de resolver el problema estético. Entre sus más importantes ventajas está el hecho de que permite hacer el estudio histopatológico de la pieza y la comprobación del diagnóstico.

Entre otras indicaciones están las recidivas después del tratamiento con medicación antitiroidea, así como muchos casos en que el enfermo radica en zonas principalmente rurales donde es difícil sea controlado con tratamiento médico y resulte conveniente evitar una medicación prolongada y procurar resolver el problema de inmediato y definitivamente con la tiroidectomía subtotal.

Las desventajas más dignas de mencionar son todas aquellas inherentes a la cirugía misma, como la tetania paratireopriva cuando no se identifican y se lesionan las glándulas paratiroides, la hemorragia, la afonía por lesión de los nervios recurrentes y el mixedema.

Otra desventaja, aunque sólo de tipo social o económico es la necesidad de hospitalización y la de cuidados pre y postoperatorios.

**YODO RADIOACTIVO.** Casi al mismo tiempo que se descubrían las drogas de acción antitiroideas se principió a usar el yodo radioactivo en los casos de hipertiroidismo. El conocimiento de que la glándula ti-

roides capta el yodo para con él formar la hormona tiroidea, y el advenimiento de los isótopos radioactivos entre ellos el yodo que emite radiaciones Beta y Gama las primeras de penetración de 2 mm. y con propiedades destructivas. permitió el poder llevar a cabo la "tiroidectomía médica" por medio de la destrucción que las radiaciones Beta ocasiona en la glándula tiroides.

Este tratamiento se ha generalizado y suman miles los enfermos curados en ésta forma. Su mayor atractivo es su gran facilidad y comodidad, dado que al paciente le representa como única molestia, el tomarse un vaso de yoduro de sodio sin sabor ni color alguno, sin tener que hospitalizarse.

Sus indicaciones más precisas son aquellos casos en los que algunas complicaciones contraindiquen la cirugía; el corazón tirotoxico, personas de edad avanzada, recaídas post-quirúrgicas, exoftalmos graves, y en general todos los enfermos que rehúsen cirugía.

Entre sus ventajas está el que no requiere preparación previa y que el éxito se logra en el 90 por ciento de los casos.

Entre sus desventajas tenemos la necesidad de equipo y personal especializado así como que el resultado es tardío, ya que requiere 2 a 3 meses y no puede usarse en el embarazo debido a que el producto tiene una mayor avidez por el yodo que la madre y se destruiría el tiroides fetal.

El porcentaje de éxitos y la producción de mixedema es semejante al que se obtiene en cirugía.

En el Hospital de Enfermedades de la Nutrición tenemos el 6 por ciento de mixedemas y en cerca del 30 por ciento se ha tenido que administrar un segundo tratamiento después de 6 meses porque la primera dosis resultó insuficiente.

Las ventajas indudables que ofrece este tratamiento han hecho que ya en muchos sitios sea el tratamiento de elección en todos los bocios difusos con hipertiroidismo o enfermedades de Graves-Basedow, no así en los bocios nodulares que responden menos favorablemente.

**COMBINACIONES.** La mayoría de los tratamientos actuales son o pueden ser combinaciones, el mejor ejemplo de ello es la cirugía que requiere necesariamente el empleo de medicación antitiroidea para llevar al enfermo al eutiroidismo y el yodo para endurecer la glándula.

En muchos de los casos que se tratan con medicación antitiroidea es conveniente disminuir el tamaño del bocio ya que significa un pro-

blema de estética, sobre todo en mujeres. Por esa razón, una vez que el enfermo ha sido llevado al eutiroidismo, agregamos dosis variables de hormona tiroidea que consiguen disminuir el bocio y más aun, en ocasiones lo usamos también intentando disminuir el grado de exoftalmos con éxito en buen número de casos.

El tratamiento con yodo radiactivo da lugar a que en los días siguientes a la administración del I-131, los fenómenos de radiación al producir la destrucción de los folículos tiroideos, motiven la salida de hormona tiroidea almacenada que sale a la circulación y durante unos días, en forma pasajera puede agravarse el hipertiroidismo. Este hecho que en la mayoría de los casos no tiene importancia y pasa desapercibido, debe tenerse en cuenta cuando se trata de enfermos ancianos o con sufrimientos cardíacos, como la insuficiencia coronaria. Este peligro se evita por medio de la administración de medicación antitiroidea unas 3 o 4 semanas antes, la que deberá suspenderse cuando menos 2 días previos al tratamiento con I-131, para que durante ese tiempo no se forme ni se almacene hormona tiroidea y así no haya salida de ella durante la época de la destrucción tisular.

#### REFERENCIAS

1. Barr D. P.: *Observations on the treatment of Graves disease with thiouracil.* Annals of Int. Med. 23:754, 1945.
2. Williams S. R.,: *Propylthiouracil in Thyrotoxicosis.* J. A. M. A. 133:1190, 1947.
3. Chapman E. M.; Malooff.; Maisterrena J., y Martin J.: *Ten years' experience with radioactive iodine.* J. Clin. End. & Met. 24:45, 1954.
4. Hodges R., E.; Evans T. C.; Bradbury J. T., y Kittel W. C.: *Acumulation of radioactive iodine by human fetal thyroids.* J. Clin. End. & Met. 15:661, 1955.
5. Cook J. R.; Jones R. W., y Mc Cullagh E. P.: *Treatment of toxic adenomatous goiter by large dosis of radioactive iodine.* J. Clin. End. & Met. 15: 1512, 1955.
6. Hammi G. J., y Goldberg R. F.: *The modern treatment of thyrotoxicosis.* Arch. Int. Med. 97:453, 1956.
7. Mc Cullagh, E. P.; Hibbis R. E. y Schneider R. W.: *Propylthiouracil in the treatment of Hyperthyroidism.* Am. Jour. Med. Sc. 214:545, 1947
8. Maisterrena J.; Romero F. y Martínez S.: *Tratamiento Médico del Hipertiroidismo.* Rev. Inv. Clin. 9:199, 1957.