



Evaluación de la función tiroidea en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo

► La evaluación de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, requiere de la exclusión de otras etiologías y la detección de factores relacionados. La disfunción tiroidea representa una de las etiologías no psiquiátricas asociadas con mayor frecuencia. En los niños y los adolescentes, el hipotiroidismo se presenta con fatiga, aumento de peso y apetito, disminución de la concentración y estreñimiento. Por otro lado, el hipertiroidismo se presenta en 1 de cada 5 mil niños y se caracteriza por ansiedad, temblor, síntomas autonómicos, pérdida de peso y apetito, y disminución en la concentración, asimismo puede desarrollar enfermedad de Graves. Debido a la similitud de los síntomas de las enfermedades tiroideas con los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, las primeras deben considerarse en el diagnóstico diferencial de estos últimos. En cuanto al tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo se requiere que el paciente se encuentre clínica y bioquímicamente eutiroides.

A pesar de que en los parámetros de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente recomiendan considerar enfermedades tiroideas durante las valoraciones psiquiátricas, la evaluación rutinaria de la función tiroidea ha recibido atención limitada. En los estudios que existen hasta la fecha, no se apoya la evaluación de la función tiroidea de manera rutinaria, por lo que no es posible estimar la prevalencia y factores de riesgo asociados. Las Guías de la Academia de Pediatría recomiendan una evaluación de la función tiroidea en el diagnóstico y tratamiento de dichos trastornos.

Este estudio determinó la prevalencia y factores predictores de valores anormales de la TSH en jóvenes hospitalizados con trastornos psiquiátricos. Mediante el expediente electrónico, se identificaron pacientes ingresados a la unidad psiquiátrica del Cincinnati Children's Hospital Medical Center de septiembre de 2013 a abril de 2017, con al menos una consulta de seguimiento después de su alta hospitalaria (tabla 1).

Utilizando un algoritmo y revisión manual de los expedientes electrónicos para obtener una tasa de falsos positivos <10%, se obtuvo información acerca de la presencia de síntomas específicos (aumento de peso, mareo, cansancio/fatiga, insomnio/disomnia, constipación, dificultad para concentrarse) a la semana previa de la medición de TSH. Se seleccionaron y evaluaron asociaciones de variables con las concentraciones de TSH. De acuerdo a los 1017 pacientes que cumplieron con los criterios

Tabla 1

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
< 19 años	Traumatismo cráneo encefálico
Diagnóstico de trastorno de ansiedad/del estado de ánimo	Trastorno por uso de sustancias
Medición de TSH, talla y peso registrados	Discapacidad intelectual
	Anomalía cerebral congénita

de inclusión, se clasificaron según las mediciones de TSH en bajo (< .36 μ UI/ml), normal (.36-3.74 μ UI/ml), y alto (> 3.74 μ UI/ml); en caso de tomas múltiples de medición de la hormona, se tomó en cuenta la más cercana al momento del ingreso. No mostraron diferencias significativas la historia de enfermedad tiroidea y uso de litio y/o benzodiazepinas, las características clínicas y demográficas entre los tres grupos.

Siete pacientes > 12 años de edad presentaron supresión de TSH (promedio .26 \pm .12 μ UI/ml), de los cuales 85.7% pertenecían al género femenino; el 57.1% presentó un Índice de Masa Corporal (IMC) normal, el 28.6% sobrepeso, y el 14.3% obesidad; el 42.9% refirió historia de enfermedad tiroidea con supresión de TSH al momento del ingreso; dos pacientes se encontraron bajo tratamiento con levotiroxina, y cinco pacientes recibieron tratamiento con antipsicóticos de segunda generación. Los siete pacientes de este grupo tenían historia de un trastorno del estado de ánimo, y 57.1% historia de un trastorno de ansiedad; algunos diagnósticos psiquiátricos adicionales fueron trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) presente en 71.4% y trastornos del espectro psicótico en 14.3%.

Se identificaron 62 pacientes con elevación de TSH (promedio 8.60 \pm 25 μ UI/ml); el 90.3% eran > 12 años de edad y el 66.1% del género femenino. El IMC se encontró dentro de parámetros normales en 48.4%, el 14.5% presentó peso bajo, el 17.7% sobrepeso, y el 19.4% obesidad. El 19.4% refirió historia de enfermedad tiroidea con una elevación de TSH al momento del ingreso, y cinco pacientes se encontraban bajo tratamiento con levotiroxina. Cerca de la mitad de estos pacientes (48.4%) recibieron tratamiento con antipsicótico de segunda generación, el 5.1% con litio, el 19.4% con benzodiazepinas, el 6.5% con anticonceptivos a base de estrógenos, y el 14.5% con antiepilépticos. Se encontró historia de trastornos del estado de ánimo en 87.1% de los pacientes, trastornos de ansiedad en 54.8%, TDAH en 40.3%, trastorno de estrés postraumático (TEPT) en 22.6%, y trastornos del espectro psicótico en 14.5%; además un 11.3% refirió insomnio, el 14.5% síntomas gastrointestinales, el 11.3% síntomas neurológicos, el 4.8% antecedentes de arritmias, y el 19.5% de las mujeres amenorrea o dismenorrea.

Se encontraron asociaciones significativas entre la historia de enfermedad tiroidea ($p < .001$), el tratamiento con levotiroxina ($p = .01$), el sangrado uterino anormal ($p = .02$), el aumento de

peso ($p = .017$), y el tratamiento con benzodiazepinas durante el mes previo a la evaluación de la función tiroidea ($p = .02$), y una elevación de TSH.

Entre los pacientes con concentraciones elevadas de TSH, el 12.9% presentó enfermedad tiroidea (hipotiroidismo); todos ellos mayores de 14 años, blancos, y la mayoría mujeres. El 50% tenían IMC dentro de parámetros normales, el 25% presentaron sobrepeso y el 25% obesidad. Todos los pacientes fueron diagnosticados con un trastorno del estado de ánimo y el 62.5% con trastorno de ansiedad. La mitad de los pacientes recibían tratamiento con levotiroxina al momento de la evaluación; el 37.5% recibieron tratamiento con antipsicóticos de segunda generación, el 12.5% con benzodiazepinas, y el 12.5% con anticonceptivos a base de estrógenos. Dentro del grupo de mujeres con hipotiroidismo, el 42.9% reportó sangrado uterino anormal.

Este es el reporte más amplio de la utilidad de evaluación de la función tiroidea en jóvenes hospitalizados con trastornos graves de ansiedad y del estado de ánimo; además es la primera evaluación de factores predictores de elevación de las concentraciones de TSH en esta población. Se observaron concentraciones anormales de TSH en 7% de la muestra (1% supresión y 6% elevación); se identificaron como factores predictores de la elevación de TSH, el aumento de peso reciente, tratamiento reciente con litio y benzodiazepinas, historia de sangrado uterino anormal en mujeres, e historia de enfermedad tiroidea.

Las características específicas del paciente pueden ser útiles para determinar la necesidad de una evaluación de la función tiroidea, y deben ser tomadas en cuenta por los médicos que están en contacto con niños y adolescentes. La relación costo-efectividad de las detecciones podría aumentar si solo se toma en cuenta los factores predictores identificados, para seleccionar a quienes deben ser evaluados de forma rutinaria. Sin embargo, la asociación entre la historia de enfermedad tiroidea y las concentraciones anormales de TSH al momento de la evaluación, podría subestimar la importancia de obtener una historia médica completa en niños con trastornos psiquiátricos.

El 20% de las mujeres con elevación de TSH reportaron sangrado uterino anormal, característica frecuente que resulta de la anovulación en pacientes con hipotiroidismo.

El hallazgo de aumento de peso reciente, que con frecuencia en adultos con hipotiroidismo se presenta, es difícil determi-

narlo en población pediátrica; es importante mencionar que no se encontró una asociación entre las concentraciones elevadas de TSH y las puntuaciones del IMC, lo cual refleja la importancia de evaluar la trayectoria del peso corporal más que realizar determinaciones transversales del mismo.

Se han descrito interacciones entre el uso de benzodiazepinas y de la hormona tiroidea; la administración de este medicamento aumenta la T4-UDP-glucuroniltransferasa hepática, acelerando la eliminación de T4 y disminuyendo las concentraciones circulantes de las hormonas tiroideas activas, con la subsecuente elevación de TSH; asimismo, disminuye la respuesta y sensibilidad ante la estimulación con TRH. Por otro lado, el tratamiento con litio se ha asociado con elevaciones de la TSH y hasta 2.3 veces más riesgo de desarrollar hipotiroidismo. Un estudio aleatorizado en población pediátrica reportó que el 17% de los jóvenes con trastorno bipolar tratados con litio presentaron una elevación de la TSH después de 8 semanas de tratamiento. En respuesta a lo reportado y los hallazgos encontrados en este estudio, debe considerarse un umbral menor para la evaluación tiroidea de jóvenes que reciben tratamiento con benzodiazepinas; y la TSH de los pacientes que se encuentran en tratamiento con litio debe ser monitorizada de manera rutinaria.

Deben tomarse en cuenta algunas limitaciones del estudio, debido a que la información presentada fue obtenida por médicos durante citas médicas, el subregistro de síntomas, que por algún motivo la información no fue documentada o no fue identificada por el algoritmo utilizado, la existencia de falsos positivos a pesar de ser limitada debe ser considerado. El algoritmo podría no ser suficientemente sensible para identificar la gravedad clínica de los síntomas asociados a la probabilidad de tener concentraciones anormales de TSH, no se incluyeron evaluaciones físicas para detectar signos específicos de hipertiroidismo/hipotiroidismo. No se evaluó el apego a medicamentos asociados a las alteraciones en TSH; y finalmente, el estudio se llevó a cabo en un solo lugar por lo que no es posible generalizar los resultados.

Sofía Vidal de la Fuente

Bibliografía

Luft MJ, Aldrich SL, Poweleit E et al.: Thyroid function screening in children and adolescents with mood and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, 2019 September/October;80:5.

Kriadex®

clonazepam

el tratamiento **efectivo**
contra la ansiedad



Lozam®

Lorazepam

RAPIDEZ para continuar

- En el trastorno de **Ansiedad Generalizada.**
- Rápidas** concentraciones en sangre,
máximas en **60 mins.**



NUEVA PRESENTACIÓN

20 mL

SSA 163300202C0691



Tabletas Birranuradas

SSA 173300202C7429

Alzam®



Disponible en:
 .25, .5, 1 y 2 mg con 30 tabletas
 .25 y .5 mg con 60 y 90 tabletas

el regreso a la **calma**

SSA 173300202C7240

Tabletas
Birranuradas

