



## Hipotiroidismo subclínico en niños y adolescentes: ¿cuándo tratar y cuándo observar?

Autor: Dr. Simón Ignacio Arévalo Jara Residente Medicina Familiar infantojuvenil UCM.

Revisor: Dra. Rocio Figueroa Subdepartamento Medicina Familiar UCM

### **Resumen:**

El hipotiroidismo subclínico (HS) en población pediátrica se caracteriza por niveles elevados de TSH (hipertirotropinemia) con hormonas tiroideas normales y ausencia de síntomas clínicos manifiestos. La decisión de iniciar tratamiento con levotiroxina sigue siendo controversial, especialmente para elevaciones de TSH leves (TSH 4,5–10 mU/L). La evidencia actual sugiere que la mayoría de los casos leves tienen un curso benigno con normalización espontánea<sup>1</sup>, y el manejo debe individualizarse según el nivel de TSH, signos y síntomas asociados y presencia o no de autoanticuerpos.

### **Introducción:**

El hipotiroidismo subclínico es un cuadro de insuficiencia tiroidea leve que se caracteriza por la presencia de niveles de TSH discretamente elevados con T4 libre en rango de normalidad<sup>2</sup> y sin signos o síntomas asociados<sup>3</sup>. Su diagnóstico ha aumentado probablemente debido a la ampliación de estudios de laboratorio rutinarios en la atención primaria y pediátrica. Determinar la incidencia y prevalencia en la población pediátrica tiene como limitación la poca cantidad de estudios al respecto. Algunos autores han determinado que la prevalencia es menor a un 2%; en cambio, otros establecen un rango entre 1,7%-9,5%<sup>4</sup>

### **Desarrollo:**

Dentro de las numerosas causas de HS, que se han clasificado en persistentes y transitorias, no podemos dejar de conocer aquellos factores de alto riesgo de progresión a hipotiroidismo manifiesto que son: presencia inicial de bocio, anticuerpos anti-Tg elevados, coexistencia de enfermedad celíaca, incremento progresivo en los títulos de anticuerpos anti-TPO, Sme. de Down, Sme. de Turner, exposición a radiación ionizante, niveles de TSH >7,5 mUI/L en género femenino<sup>5-6</sup>.

En la actualidad se han realizado estudios con limitaciones metodológicas en población pediátrica que no han podido demostrar algún beneficio de tratar el HS por lo que el manejo expectante con controles periódicos es la norma, teniendo claro que la progresión a hipotiroidismo puede ocurrir<sup>7</sup>.

La Asociación Europea de Tiroides recomienda dar seguimiento con mediciones hormonales cada 12 meses en el caso de HS idiopático, y cada 6 meses si existe etiología autoinmune<sup>8</sup>.



El primer paso ante un HS con TSH entre 5-10 mIU/L es repetir la prueba en 1 a 3 meses para descartar el HS transitorio. Posteriormente y contando con una segunda prueba con valor de TSH entre 5-10 mIU/L confirmado valorar si existe algún factor de alto riesgo de progresión a hipotiroidismo manifiesto. Si estas últimas dos condiciones se cumplen (TSH entre 5 y 10mUI/L y presencia de un factor de alto riesgo de progresión) se recomienda iniciar tratamiento. Además de estos grupos, la ATA (American Thyroid Association) recomienda tratar con LT4 a todo paciente con TSH confirmada por 2 registros separados por al menos 4 semanas con niveles de TSH >10 mIU/L<sup>9</sup>.

La decisión de tratar debe ser discutida de forma clara con los padres para exponer el riesgo/beneficio individualizado. En caso de que la decisión sea tratar con levotiroxina se debe realizar controles periódicos para evitar el sobretratamiento

### **Conclusión:**

El hipotiroidismo subclínico en niños sigue siendo un área que requiere mayor evidencia, dado que los estudios disponibles son limitados y heterogéneos. Sin embargo, en la mayoría de los casos presenta un curso benigno y frecuentemente autolimitado, con bajo riesgo de progresión y sin asociación consistente con alteraciones del crecimiento, deterioro neurocognitivo ni eventos cardiovasculares relevantes.

Ante la falta de consenso claro, la decisión de tratar debe individualizarse, considerando factores de riesgo como tiroiditis autoinmune, TSH persistente >10 mUI/L y comorbilidades asociadas. Dado que la terapia con levotiroxina no ha demostrado beneficios consistentes en parámetros clínicos o metabólicos, se recomienda evitar el tratamiento sistemático en ausencia de indicaciones precisas.

### **Referencias bibliográficas**

- 1 Małecką-Tendera E. Natural history of subclinical hypothyroidism in children and adolescents. *Thyroid Res.* 2013 Apr 5;6(Suppl 2):A41.
- 2 González Casado I, Collar Serecigni P, Ibarra Solís S. Patología tiroidea más prevalente en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral.* 2025;29(5):331-343.
- 3 Surks MI, Ortiz GH, Sawin CT. Subclinical thyroid disease: Scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA.* 2004;291:228-38
- 4 Catli G, Abaci A, Büyükgebiz A, Bober E. Subclinical hypothyroidism in childhood and adolescence. *J Pediatr Endocr Met.* 2014;27(11- 12): 1049–1057
- 5 Radetti G, Maselli M, Buzi F, Corrias A, Mussa A, Cambiaso P et al. The natural history of the normal/mild elevated TSH serum levels in children and adolescents with Hashimoto's thyroiditis and isolated hyperthyrotropinaemia: a 3-year follow-up. *Clin Endocrinol.* 2012;76(3): 394-398
- 6 Lazar L, Frumkin R, Battat E, Lebenthal Y, Phillip M, Meyerovitch J. Natural History of Thyroid Function Tests over 5 Years in a Large Pediatric Cohort. *The J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(5):1678-1682.
- 7 Shriaram M, Sridhar M. Subclinical hypothyroidism in children. *Indian Pediatrics.* 2014;51(11): 889-895.



- 8 Lazarus J, Brown R, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. 2014 European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children. *Eur Thyroid J.* 2014;3(2):76-94.
- 9 Wasniewska M, Corrias A, Aversa T, Valenzise M, Mussa A, De Martino L et al. Comparative Evaluation of Therapy with L-Thyroxine versus No Treatment in Children with Idiopathic and Mild Subclinical Hypothyroidism. *Horm Res Paediatr.* 2012;77(6):376-381