



Hipertirotropinemia. ¿Hay que preocuparse?

¿Qué es?

La hipertirotropinemia es el aumento de una hormona llamada hormona liberadora de tirotropina (TSH) que se libera en la hipófisis (una parte del cerebro). Esta hormona es la encargada de regular otras dos hormonas tiroideas (llamadas T4 y T3) que tienen diferentes funciones en el organismo.

La incidencia de hipertirotropinemia en la edad pediátrica es del 2 %.

Es un motivo muy frecuente en las consultas de endocrinología que genera gran alarma en los padres, pero que en la mayoría de los casos se resuelve de forma espontánea sin tratamiento.

¿Cuáles son los síntomas?

El aumento de TSH aislado es un dato analítico que, en principio, no se relaciona con ningún síntoma o signo clínico, es decir los pacientes con aumento de TSH están asintomáticos porque las hormonas tiroideas (T4 y T3) están dentro de los límites normales.

¿Es necesario hacer analítica tiroidea a todos los niños?

El análisis de la función tiroidea en niños sanos y asintomáticos no está justificado.

Hay multitud de factores que influyen en la alteración de las hormonas tiroideas (luz, temperatura, estrés, altitud, ritmo circadiano, estadio puberal, etc.), así como el sobrepeso/obesidad, fármacos y determinados alimentos (apio, coliflor, col, brócoli, etc.).

El estudio de la función tiroidea está únicamente indicado en niños asintomáticos que presentan enfermedades autoinmunes (diabetes mellitus tipo 1, enfermedad celíaca, artritis reumatoide) o síndromes asociados a enfermedades autoinmunes (síndrome de Down, síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter, síndrome de Williams), así como en aquellos que han sido sometidos a cirugía o radioterapia en la región tiroidea.

Por supuesto es necesario realizar analítica tiroidea en todos aquellos pacientes que presenten sintomatología compatible con una posible enfermedad tiroidea: [hipertiroidismo](#) o [hipotiroidismo](#).

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se realiza mediante un análisis de sangre donde se objetiva aumento de TSH con T4 y T3 dentro de la normalidad.

¿Cómo se trata?

Los diferentes estudios demuestran que en pacientes con elevación de la TSH menor de 10 mUI/L, sin sintomatología asociada, sin bocio y sin anticuerpos tiroideos positivos no es necesario iniciar ningún tipo de tratamiento, ya que el riesgo de evolución a hipotiroidismo es muy bajo (0-28 % según los diferentes estudios).

Aquellos pacientes que asocien bocio, TSH mayor de 10 mUI/L (en, al menos, dos determinaciones) o anticuerpos

tiroideos positivos deben ser evaluados en la consulta de endocrinología pediátrica para un seguimiento más estrecho y si es preciso iniciar tratamiento farmacológico.

Artículo publicado el 29-3-2019, revisado por última vez el 24-3-2019

La información ofrecida en En Familia no debe usarse como sustituta de la relación con su pediatra, quien, en función de las circunstancias individuales de cada niño o adolescente, puede indicar recomendaciones diferentes a las generales aquí señaladas.

Este texto, perteneciente a la [Asociación Española de Pediatría](#), está disponible bajo la [licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 España](#).

Más referencias sobre el tema e información sobre los autores en:

<https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/hipertirotropinemia-hay-que-preocuparse>