

CARTA AL EDITOR

Hipertirotropinemia en pediatría,
¿cómo debemos actuar?Hyperthyrotropinaemia in children; What
should we do?

Sr. Editor:

El estudio de la función tiroidea es muy habitual en la rutina diaria, y el hallazgo de hipertirotropinemia es cada vez más frecuente debido a factores como el sobrepeso-obesidad, toma de distintos fármacos (litio, amiodarona, fenobarbital, estrógenos...), enfermedades intercurrentes o como inicio de un trastorno tiroideo¹⁻³.

El objetivo del trabajo es detectar factores de riesgo de enfermedad tiroidea en pacientes remitidos a una consulta especializada por hallazgo de hipertirotropinemia, analizar las características epidemiológicas, clínicas y analíticas, así como valorar la prevalencia de hallazgos de disfunción tiroidea. Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico, en pacientes remitidos desde enero 2013 hasta marzo 2015, por hallazgo de TSH elevada en analítica sanguínea y controlados hasta el momento actual. Los criterios de inclusión fueron TSH > 5,6 μ UI/ml, niveles de T4-libre normales (0,58-1,64 ng/dl). Criterios de exclusión: tratamiento con L-tiroxina previo, y/o presencia de síndrome o factor que aumente el riesgo de padecer patología tiroidea (enfermedad celíaca, diabetes mellitus, síndrome de Turner...)

La muestra incluye 138 pacientes, de los que finalmente se recogen datos de 129, debido a que 9 presentaban algún criterio de exclusión. Se analizó el sexo, antecedentes personales y familiares, datos auxológicos (peso, talla, IMC), presencia/ausencia de bocio (grados de bocio OMS) y estadio puberal; datos analíticos (TSH, T4-libre, anticuerpos antitiroideos); edad ósea y ecografía tiroidea.

La relación mujer-varón fue 1,2:1. La edad media fue de $8,32 \pm 4,02$ años. El síntoma más frecuente era astenia (N = 39), siendo en 23 el único síntoma. El 40,31% presentan antecedentes familiares (n = 52), siendo lo más frecuente la tiroiditis autoinmune. La mayoría presentan normopeso (13,2% sobrepeso-obesidad). El bocio estaba presente en el 34,1%.

La TSH en la primera determinación fue $9,64 \pm 6,62 \mu$ UI/ml y T4-libre $0,93 \pm 0,21$ ng/dl. Tras 4-6 meses, se reevaluó la función tiroidea observando un descenso de la TSH a $6,22 \pm 5,48 \mu$ UI/ml ($p < 0,05$) con T4-L $0,91 \pm 0,88$ ng/dl. Hay anticuerpos antitiroideos positivos en el 46% del total de la muestra.

La ecografía tiroidea fue normal en el 59%; se encontró bocio en 18 pacientes (9 simples, 6 multinodulares y 3 nódulos aislados) e imagen sugestiva de tiroiditis en 28.

Los diagnósticos finales fueron: hipertirotropinemia transitoria 48,06%, hipotiroidismo por tiroiditis autoinmune 27,13%, hipotiroidismo adquirido no autoinmune 14,73%, tiroiditis autoinmune eutiroidea 5,43% e hipertirotropinemia en seguimiento no autoinmune 4,65%, similar a lo descrito en otras series^{4,5}.

En las hipertirotropinemias transitorias se ha observado un tiempo medio de normalización de $4,81 \pm 3,53$ meses (1-15 meses). El 52% presentaron normalización de la cifra en la segunda determinación.

Para evaluar el punto de corte óptimo sobre el riesgo de desarrollo de enfermedad tiroidea, se analizaron la sensibilidad y la especificidad de los valores a partir de 5,6 μ UI/ml, y resultó ser $\geq 8,75 \mu$ UI/ml el que presenta la mejor relación (S: 78,18%, E: 75,68%) para realizar el despistaje.

La hipertirotropinemia en la edad pediátrica es con frecuencia, un proceso benigno que parece tener un bajo riesgo de evolución hacia un hipotiroidismo. Los factores de riesgo encontrados para el desarrollo de enfermedad tiroidea han sido el sexo femenino, la presencia de bocio o de alteraciones ecográficas tiroideas, una TSH al diagnóstico $\geq 8,75 \mu$ UI/ml, la presencia de anticuerpos antitiroideos positivos y la presencia de síntomas sugestivos de hipotiroidismo. Tanto el sexo masculino como la presencia de sobrepeso-obesidad no añaden mayor riesgo, por lo que es recomendable realizar acciones encaminadas a disminuir el peso antes de repetir una segunda determinación, que se realizará a los 3-4 meses de la primera⁶.

A la vista de los resultados hallados, se plantea un algoritmo de manejo de las hipertirotropinemias desde atención primaria (fig. 1).

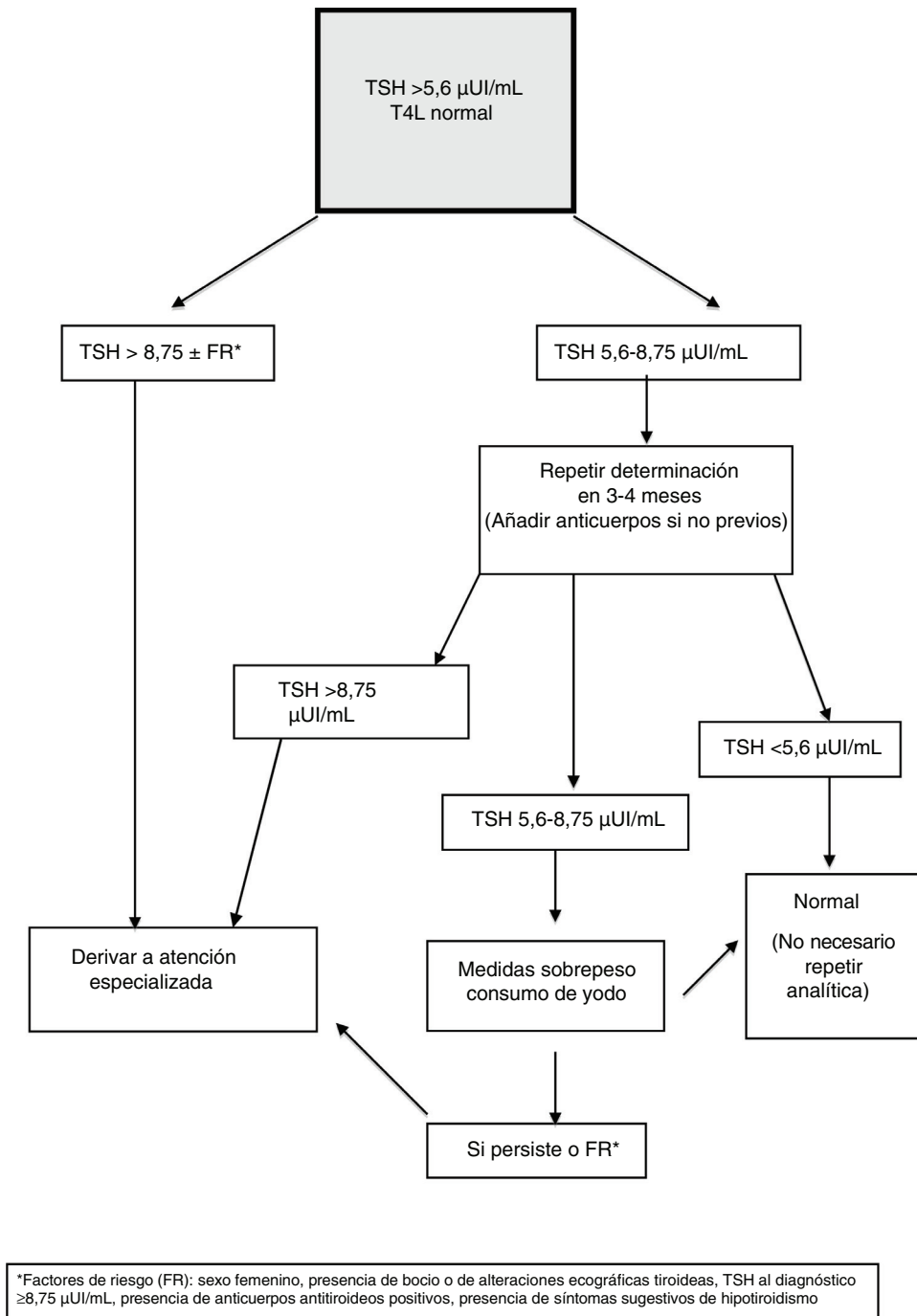


Figura 1 Algoritmo propuesto de manejo de las hipertirotrinemias.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Donnay Candil S. Tiroides: síntesis, metabolismo acciones biológicas y mecanismo de acción de las hormonas tiroideas. En: Albarrán J, editor. *Endocrinología*. 2.ª ed Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 159-66.
2. Bayort Fernández JA. Hipotiroidismo del adulto. En: Albarrán J, editor. *Endocrinología*. 2.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 201-11.
3. Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, Bergoglio LM, Carvalho de Andrada N, Pineda- Bravo P, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2013;57:265-98.
4. Mariscal-Hidalgo AI, Lozano-Alonso JE, Vega-Alonso T. Hipotiroidismo subclínico en una muestra oportunistas de la población de Castilla y León. *Gac Sanit*. 2015;29:105-11.
5. Pérez Pérez A, Martínez Villanueva-Fernández J, Martos Moreno GA, Argente J. Evolución natural de la elevación aislada de

hormona estimulante del tiroides (TSH) en niños. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80:90-1.

6. De Luca F, Corica D, Pitrolo L, Santucci S, Romeo M. Idiopathic and mild subclinical hypothyroidism in childhood: Clinical Management. *Minerva Pediatr*. 2014;66:63-8.

Esther Peralta Rufas^a, M. Pilar Sanz de Miguel^b, José Ignacio Labarta Aizpún^{c,d,e} y Antonio de Arriba Muñoz^{c,d,e,*}

^a Centro de Salud Graus, Graus, Huesca, España

^b Centro de Salud Santa Isabel, Zaragoza, España

^c Unidad de Endocrinología Pediátrica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^d Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, España

^e Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adearriba@salud.aragon.es (A. de Arriba Muñoz).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.02.006>
0212-6567/

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

¿Dónde están las mujeres en las campañas de prevención del VIH-sida en España? Importancia de la perspectiva de género y diversidad afectivo-sexual



Where are the women in HIV/AIDS prevention campaigns in Spain? The importance of the gender perspective and affective-sexual diversity

Sr. Editor:

Valoramos el grado de inclusión de las mujeres en general, de las mujeres que mantienen sexo con mujeres (MSM) y de las que mantienen sexo con mujeres y hombres (MSMH) en las campañas de prevención de VIH en España.

Para ello hemos explorado las campañas, iconografía e información generada con motivo del Día Mundial del Sida, las campañas preventivas generales, las destinadas a jóvenes y las de hombres que mantienen sexo con hombres (HSH). Y se han tenido en cuenta, además, los siguientes ítems: año de publicación, población a la que va dirigida, mensaje e inclusión de mujeres, MSM o MSMH. Tiempo: desde el año 1999 hasta el 2017 (desde que existe material online).

En los resultados se obtuvieron un total de 38 campañas, 7 destinadas a jóvenes, 6 a HSH y 25 a la población general. De las 25 campañas de carácter general, las mujeres se encuentran incluidas en 10. En 2 aparece explícitamente una mujer. En 2006 se muestra información en la que se explica el uso del preservativo masculino y femenino. En la campaña de 2015 aparecen únicamente hombres. En ninguna existe información acerca de las MSM o MSMH. Desde 2015, se incluyen mensajes específicos contra la discriminación y el estigma. En todas se hace especial mención a la prueba del VIH.

Hay 6 campañas dirigidas a HSH, con iconografía, spots publicitarios y aparición de personalidades públicas. Y 4 con acceso a enlaces a datos epidemiológicos, vídeos y spots.

Desde 1999 hasta 2010, las campañas se focalizan en el empleo del preservativo, también en las destinadas a

jóvenes. En 3 de las 7 campañas para jóvenes se incluye a las mujeres. El resto de la información está recogida en la tabla 1.

Se aprecia como los mensajes de las campañas generales para la prevención del VIH en España presentan una escasa perspectiva de género y una total exclusión del colectivo de MSM/MSMH.

A pesar de que las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad a la infección por VIH¹, las campañas con motivo del Día Mundial del Sida no van dirigidas a ellas, ni en la forma, ni en el fondo, por lo que es probable que las mujeres no se sientan identificadas. Esta desigual inclusión las coloca en una situación de vulnerabilidad.

El diseño de las campañas asume un modelo heteronormativo de atención a la salud de las mujeres: esta es una de las razones de la invisibilidad de las MSM y MSMH en ellas². Desde una perspectiva de género y diversidad afectivo-sexual, las campañas de prevención de la transmisión del VIH han respondido al incremento en HSH con intervenciones específicas, diseños atractivos, referentes positivos y mensajes no estigmatizantes. No ha existido una sensibilidad equiparable hacia las MSM/MSMH. La ausencia de información acerca de la prevención del VIH en este colectivo las convierte en vulnerables³, las conduce a una errónea percepción de riesgo cero⁴ y a una escasa o nula adopción de medidas de prevención para reducir el riesgo de transmisión del VIH⁵.

Las MSM/MSMH no han merecido suficiente interés ni ha existido preocupación por implementar medidas preventivas específicas. Se ha optado por invisibilizar a este colectivo, en lugar de indagar en la sexualidad y hábitos propios que facilitan la transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual. Entre los motivos cabría señalar el machismo, la homofobia y, particularmente, la lesbofobia.

Es preciso abordar la dimensión del género como determinante de salud en la prevención de la transmisión del VIH para reducir su expansión⁶. La inclusión de las MSM/MSMH en las campañas de prevención contribuiría a romper su invisibilidad, a reducir las desigualdades por diversidad afectivo-sexual y de identidad de género, y a procurar una atención a la salud equitativa para la totalidad de las personas que conforman el colectivo LGTBI.