



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL BREVE

Prevalencia de alteraciones tiroideas en pacientes psiquiátricos ingresados

Teresa Lorenzo Gómez*, Federico Cardelle Pérez y Elena de Las Heras Liñero

Complejo Hospitalario de Vigo (CHUVI), Vigo, Pontevedra, España

Recibido el 26 de mayo de 2009; aceptado el 10 de noviembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Hipotiroidismo;
Hipertiroidismo;
Alteraciones
psiquiátricas

Resumen

Introducción: Distintos autores han descrito la relación del sistema neuroendocrino con las alteraciones psiquiátricas a lo largo de la historia. El objetivo del estudio es evaluar las alteraciones tiroideas en pacientes psiquiátricos ingresados.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes psiquiátricos ingresados en la UHP del área de Vigo durante el año 2006, en los que se evalúa la disfunción tiroidea al ingreso.

Resultados: La prevalencia de disfunción tiroidea es del 7,5%; el hipotiroidismo es un 6,4%, y el hipertiroidismo, un 1,1%. La presencia de disfunción tiroidea calculada por sexo fue significativamente mayor ($p = 0,010$) para el sexo femenino (10,1%) que para el sexo masculino (2,3%). No se demostró una mayor presencia de disfunción tiroidea en una enfermedad psiquiátrica determinada, ni en relación con los años de evolución. Tampoco se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con el tratamiento ni con el consumo de tóxicos.

Conclusiones: Dada la alta prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes psiquiátricos ingresados obtenida en nuestro estudio, aconsejamos el cribado de hormonas tiroideas a una subpoblación con predominio del sexo femenino, personas que presentan trastornos afectivos unipolares, bipolares que sean cicladores rápidos o presenten episodios mixtos; en los que presenten cuadros resistentes, en los pacientes psicóticos y en aquellos que se encuentren en tratamiento con fármacos psiquiátricos, en especial el litio.

© 2009 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tesi_lg@hotmail.com (T. Lorenzo Gómez).

KEYWORDS

Hypothyroidism;
Hyperthyroidism;
Psychiatric disorders

The high prevalence of thyroid dysfunction in psychiatric inpatients**Abstract**

Introduction: The relation of the neuroendocrine system with the psychiatric disorders has been described by different authors throughout history. Objectives: To evaluate the presence of thyroid dysfunction in psychiatric inpatients.

Methods: Observacional, descriptivo, retrospectivo study of all the psychiatric inpatients in the UHP of Vigo during the year 2006, in which the presence of thyroid dysfunction is evaluated immediately when they are admitted.

Results: Prevalence of thyroid dysfunction is 7.5%, representing the hypothyroidism a 6.4%, and the hyperthyroidism a 1.1%. The presence of thyroid dysfunction calculated by sex was significantly superior ($p = 0.010$) for the feminine sex (10.1%), that masculine sex (2.3%). No specific associations were found between psychiatric diagnosis, years of evolution, toxic consume or treatment and endocrine abnormalities.

Conclusions: Given the high prevalence of thyroid dysfunction in psychiatric inpatients obtained in our study we advised the screening of thyroid hormones to an under-population in which is feminine sex, people who present mood disorders, unipolar or bipolar disorder, especially in rapid cycling or mixed episodes; in refractory mood disease, in the psychotic patients and whom they are to treatment with psychiatric drugs, especially lithium.

© 2009 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Distintos autores han descrito, a lo largo de la historia, la relación del sistema neuroendocrino con las alteraciones psiquiátricas. Hoy en día se conoce la influencia de las hormonas tiroideas en el metabolismo cerebral y las concentraciones de serotonina¹.

Relación entre enfermedades tiroidea y psiquiátrica

Las alteraciones en las concentraciones de las hormonas tiroideas pueden producir una sintomatología que se confunde con trastornos mentales, y pueden ser la causa de estos trastornos. La importancia radica en que la corrección del problema endocrino subyacente invierte la clínica².

Debido al exceso de secreción de T3 y T4, es frecuente encontrar a pacientes con hipertiroidismo que presenten en los primeros estadios clínica que puede confundirse con un trastorno de ansiedad. Se ha detectado que los síntomas afectivos preceden a las manifestaciones físicas en un 14% de los casos³. Algunos pacientes llegan a presentar síntomas maníacos francos¹ e incluso ideas delirantes y alucinaciones.

En el hipotiroidismo la clínica psiquiátrica hace que se diagnostique, en muchas ocasiones, como demencia o depresión. Por otra parte, entre pacientes con depresión mayor, se ha visto una relativa alta incidencia de hipotiroidismo subclínico (4%)³.

También es relativamente frecuente una asociación con cuadros bipolares, en especial con cicladores rápidos. La asociación con cuadros psicóticos es más rara⁴.

Las investigaciones han demostrado que estados hipotiroideos e hipertiroideos producen cambios en los receptores noradrenérgicos, serotoninérgicos y gabaérgicos.

El presente estudio plantea evaluar las alteraciones tiroideas en pacientes psiquiátricos ingresados y valorar la conveniencia de realizar pruebas tiroideas sistemáticas al ingreso.

Métodos**Descripción del estudio**

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de 462 pacientes psiquiátricos ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) Nicolás Peña del CHUVI durante el año 2006, en los que se evalúa la presencia de disfunción tiroidea al ingreso.

Descripción de la población estudiada

La población son todos los pacientes psiquiátricos ingresados durante 2006 en la UHP Nicolás Peña de Vigo. Criterios de exclusión: ausencia de analíticas tiroideas al ingreso.

Estudio de la muestra

La extracción de datos se realizó mediante revisión de las historias clínicas del archivo del Hospital Nicolás Peña, donde se recogieron las siguientes variables: sociodemográficas, diagnóstico psiquiátrico, consumo de tóxicos, tiempo de evolución de la enfermedad psiquiátrica, hormonas tiroideas, presencia/ausencia de disfunción tiroidea al ingreso, enfermedad tiroidea previa y tratamiento psiquiátrico.

Los diagnósticos psiquiátricos son los considerados en el informe del alta; para ello se utilizó la clasificación CIE-10.

En los pacientes hospitalizados más de una vez, se consideraron los datos que contuvieran mediciones tiroideas.

Como tóxicos se consideraron alucinógenos, hachís, co-caína, opiáceos y alcohol.

Para la obtención del tiempo de evolución psiquiátrica se hizo una revisión de la historia clínica.

Los tratamientos psiquiátricos considerados son los que presentaban al ingreso.

Con respecto a las mediciones tiroideas, se consideran las realizadas en las primeras 72 horas del ingreso.

La determinación de las concentraciones de hormonas tiroideas, así como de los anticuerpos antitiroideos, se realizó en el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Xeral de Vigo.

Descripción de los instrumentos

Se consideró como hipotiroidismo la presencia al ingreso de TSH > 10 (0,3-4,5) μ U/ml.

Se consideró como hipertiroidismo cuando las concentraciones de T3L eran > 4,40 (1,40-4,40) pg/ml o T4L > 2 (0,70-2) ng/100 ml en presencia de TSH < 0,3 μ U/ml.

Análisis estadístico

Se hizo un análisis estadístico descriptivo de todas las variables, analizando medias, desviación estándar (DE), mínimo y máximo para las variables cuantitativas y frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas.

Se utilizó para comparar las medias de una variable cuantitativa en los grupos de una variable cualitativa dicotómica la prueba de la t de Student y para comparar entre sí variables categóricas, la prueba de la χ^2 , y para comparar las medias de una variable cuantitativa en los grupos de una variable cualitativa de más de dos categorías se aplicó la prueba de ANOVA. Para la variable cuantitativa, aplicamos la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra para comprobar si era normal, al no serlo, pero como el tamaño de la muestra es mayor de 30, se asume que la distribución se asimila a una normal, y se aplica la t de Student.

Los valores de p correspondían a la significación estadística de pruebas bilaterales. Se consideraron estadísticamente significativos los resultados con un valor de $p < 0,05$. Se utilizó el programa informático de estadística SPSS versión 15.00.

Resultados

De las 462 historias clínicas analizadas, 103 fueron descartadas por no presentar analíticas tiroideas.

Características sociodemográficas

La muestra está constituida por 359 pacientes: 176 varones (49%) y 183 mujeres (51%), con edades entre 15 y 85 años de edad (media, 42,8 \pm 16,6 años).

Diagnóstico psiquiátrico

La distribución por diagnóstico es la siguiente: psicosis en el 45,4% de los pacientes, trastorno afectivo unipolar en un 15%, trastorno afectivo bipolar en el 13,6%, trastorno de

ansiedad en el 0,3%, trastorno de personalidad en el 17,5% y trastorno orgánico en el 8,1% de los pacientes.

Consumo de tóxicos

El 72,4% de los pacientes no consumen tóxicos, mientras que el 27,6% consume algún tipo de los tóxicos considerados.

Años de evolución psiquiátrica

El 20,3% de los pacientes tienen una evolución psiquiátrica menor de 1 año; el 38,7%, entre 1 y 10 años; el 21,2%, entre 10 y 20 años, y el 19,8%, más de 20 años de evolución.

Tipo de tratamiento

El 22,8% está en tratamiento con anticomiciales; el 86,6%, con neurolépticos; el 34,3%, con antidepresivos; el 4,7%, con litio, y el 45,4% de los pacientes reciben otro grupo.

Alteraciones tiroideas

La prevalencia de disfunción tiroidea en la muestra es del 7,5%; el hipotiroidismo, del 6,4%, y el hipertiroidismo, del 1,1%.

Se diagnosticó hipotiroidismo al ingreso en 23 pacientes (6,4%), de los que 3 tienen antecedentes, por lo que son apartados del estudio. En los 20 casos restantes (5,8%) se diagnosticó hipotiroidismo por primera vez.

En 14 casos del total de los pacientes hay antecedente de hipotiroidismo (3,9%). De ellos, al ingreso 3 persisten con hipotiroidismo y 1 presenta valores de hipertiroidismo. Este grupo es apartado para el análisis de función tiroidea al ingreso.

Se diagnosticó hipertiroidismo en 4 pacientes (1,1%). En 2 casos había un diagnóstico de hipertiroidismo previo, y un caso estaba diagnosticado de hipotiroidismo. Hay un único caso de hipertiroidismo *de novo* (0,3%).

La media de edad de los hipotiroideos es de 42,45 \pm 14,965 años y el paciente hipertiroideo tiene 62 años de edad.

El porcentaje de disfunción tiroidea calculado por sexo es mayor en mujeres con enfermedad tiroidea que en varones (del 10,1% para las mujeres, frente al 2,3% para los varones); diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,010$).

No se demostró mayor presencia de disfunción tiroidea en ninguna enfermedad psiquiátrica determinada, ni tampoco en relación con los años de evolución. Con respecto a los tratamientos y el consumo de tóxicos, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

En nuestro estudio se encuentra una prevalencia relativamente alta (7,5%) de disfunción tiroidea en pacientes psiquiátricos ingresados. La prevalencia de alteraciones tiroideas en pacientes psiquiátricos hospitalizados varía en el 6-49%⁵. La prevalencia del hipertiroidismo en la población

general es del 0,5%; del hipotiroidismo, del 2% en mujeres, y del 0,01% en varones, y del hipotiroidismo subclínico, del 7,5% en mujeres, y del 3% en varones⁶. En nuestra muestra el hipertiroidismo tiene una prevalencia del 1,1%, y el hipotiroidismo, del 6,4%; en los diagnosticados *de novo* la prevalencia de hipotiroidismo en mujeres es del 9,5%, mientras que en varones es del 2,3%; la de hipertiroidismo es del 0,6% en mujeres.

El mayor porcentaje de disfunción tiroidea encontrada en nuestro estudio corresponde a hipotiroidismo (6,4%). En la literatura se señala que entre el 1 y el 4% de los pacientes con trastornos afectivos presentan hipotiroidismo clínico y entre el 4 y el 40%, hipotiroidismo subclínico. En nuestro estudio la prevalencia de hipotiroidismo es del 11,5% en los pacientes diagnosticados de trastorno afectivo unipolar y del 6,7% en los diagnosticados de trastorno afectivo bipolar; los trastornos afectivos juntos son los que mayor peso de disfunción tiroidea presentan. La prevalencia de hipotiroidismo es probablemente más alta entre los pacientes con depresión refractaria⁷. Con respecto al trastorno bipolar, el hipotiroidismo es uno de los factores que predisponen a ser ciclador rápido.

En nuestro estudio, se observa que un 35% de los pacientes hipotiroideos presentan psicosis, así como el paciente hipertiroideo, por lo que representa el diagnóstico psiquiátrico con más peso entre los pacientes con disfunción tiroidea. Pese a lo dicho, no se pueden sacar conclusiones dado que la muestra estuvo constituida mayoritariamente por trastornos psicóticos.

Al igual que en el estudio de Valdivieso et al⁵, en el nuestro se observa una alta frecuencia de disfunción tiroidea en pacientes con trastorno de personalidad (el 20% de los hipotiroideos). Puede deberse a la comorbilidad con alteraciones afectivas o a la utilización frecuente en estos casos de eutimizantes⁵.

Las alteraciones tiroideas son más frecuentes en mujeres en la población general. También en pacientes psiquiátricos la disfunción tiroidea se ha asociado al sexo femenino¹. En nuestro estudio esto se verifica, ya que son las que mayor proporción de disfunción tiroidea presentan.

El abuso de alcohol, en nuestro estudio, no muestra relación con la disfunción tiroidea, pero en la literatura se describe que los pacientes alcohólicos con daño hepático tienen bajas concentraciones de T3 y aumento de TSH basal. En nuestro trabajo destacamos como factor limitador no haber diferenciado el tipo de tóxico consumido.

No se obtiene diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de disfunción tiroidea según el tratamiento. Las razones pueden ser que se trata de pacientes polimedicados y que todos los grupos de fármacos estudiados pueden interactuar en el metabolismo tiroideo.

Existen evidencias del efecto de los fármacos de diferentes categorías en el metabolismo tiroideo. Es conocido que el litio produce aumento de TSH en el 10-20% de los pacientes e hipotiroidismo en el 3%¹; en nuestro estudio sólo un 5%

de los pacientes hipotiroideos *de novo* están en tratamiento con litio; la prevalencia de hipotiroidismo entre los pacientes en tratamiento con litio es del 6,3%, si bien hay que tener en cuenta que sólo el 4,7% de los pacientes del estudio reciben este tratamiento.

Dada la alta prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes psiquiátricos ingresados obtenida en nuestro estudio, aconsejamos el cribado de hormonas tiroideas, si bien no a toda la población de pacientes psiquiátricos ingresados, sí a una subpoblación de sexo femenino, con trastornos afectivos, cicladores rápidos o episodios mixtos; en los que presenten cuadros resistentes, en los pacientes psicóticos y en aquellos que se encuentren en tratamiento con fármacos psiquiátricos, en especial el litio.

No podemos hacer generalizaciones debido a las limitaciones de nuestro trabajo que, al ser retrospectivo, en un porcentaje no desdeñable de pacientes nos encontramos con datos incompletos, pese a lo cual la muestra continuó siendo representativa. No realizamos distinción entre los tipos de hipertiroidismo e hipotiroidismo, no considerando el hipotiroidismo subclínico con valores de TSH de 5-10 μ U/ml, dado que en este caso el aumento de la TSH puede ser debido al estrés del ingreso. Sugerimos la necesidad de realizar nuevos estudios con un número mayor de pacientes y con analítica tiroidea de todos ellos al ingreso, con pruebas homogéneas y con diferenciación de diagnóstico tiroideo.

Agradecimientos

Al Dr. Emilio Casariego por su colaboración.

Bibliografía

1. Arce Cordón R, Baca García E, Díaz Sastre C, Baca Baldomero E. Un estudio de la función tiroidea en pacientes psiquiátricos ingresados. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1998;26:358-62.
2. Valera Besard B, Soria Dorado MA, Piédrola Maroto G, Hidalgo Tenorio MC. Manifestaciones psiquiátricas secundarias a las principales enfermedades endocrinológicas. *An Med Interna (Madrid)*. 2003;20:206-12.
3. Serrano F. Depresión en enfermedades médicas. *Anales de Salud*. 2002;25:137-49.
4. Pifarré J, Sauz JA, Soler J, Vallejo J. Trastornos psicóticos e hipotiroidismo. A propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*, 1996;3. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>
5. Valdivieso S, Kripper C, Ivelic JA, Fardella C, Gloger S, Quiroz D. Alta prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Rev Med Chile*. 2006;134:623-8.
6. Ortiz Pérez L, De la Espriella M. Thyroid hormones and mood disorders. *Rev Colomb Psiquiatría*. 2004;33:98-107.
7. Radanovic-Grguric L, Filakovic P, Barkic J, Mandic N, Karner I, Smoje J. Depresión en pacientes con alteraciones del tiroides. *Eur J Psychiat (Ed Esp)*. 2003;17:123-34.