Ipertiroidismo subclinico

Data 12 agosto 2018
Categoria endocrinologia

L'ipertiroidismo subclinico è caratterizzato da bassi valori di TSH con valori normali di FT3 e FT4. Il trattamento deve essere individualizzato in base ai valori di TSH, all'età del paziente, all'esistenza di condizioni cliniche specifiche e alla presenza di sintomi.

L'ipertiroidismo sublinico è caratterizzato da **bassi valori sierici di TSH con valori normali di FT3 e FT4** . Al contrario nell'ipertiroidismo franco i valori di TSH sono soppressi mentre FT3 e FT4 sono elevati.

Vari studi citati dall' American Thyroid Association nelle linee guida 2016 (di cui ci siamo essenzialmente avvalsi per la stesura di questa sintesi) riportano un'incidenza dell'ipertiroidismo subclinico nella popolazione generale di 0,7-1,8% a seconda dei valori di TSH considerati per la diagnosi.

In circa un caso su due le alterazioni a carico del TSH sono **transitorie** per cui è buona norma, prima di porre la diagnosi di ipertiroidismo sublinico, ricontrollare il TSH dopo circa 3 mesi.

L'ipertiroidismo subclinico riconosce le stesse **cause** dell'ipertiroidismo franco: di solito si tratta di un gozzo tossico multinodulare, di un nodulo tossico singolo oppure di un morbo di Graves.

Le **possibilicomplicanze** di un ipertiroidismo sublinico sono essenzalmente: l'evoluzione verso un ipertiroidismo franco, l'aumentato rischio di patologie cardiovascolari (soprattutto aritmie come la fibrillazione atriale), di fratture ossee o demenza, l'aumento della mortalità.

Il maggior **fattore di rischio** di progressione dalla malattia subclinica all'ipertiroidismo franco è rappresentato da valori di TSH inferiori a 0,1 mU/litro.

L'**ecografiatiroidea** è consigliata soprattutto in presenza o qualora si sospettino noduli tiroidei mentre la scintigrafia tiroidea va valutata caso per caso.
Tra gli esami bioumorali da ricordare il dosaggio degli anticorpi anti-recettore del TSH che possono essere utili per l'inquaramentodiagnostico.

Lo **screening e il trattamento** dell'ipertiroidismo subclinico sono controversi in quanto mancano studi clinici randomizzati e controllati che abbiano valutato gli outcomes dello screening versus non screening.

Nonostante la mancanza di trials clinici al riguardo le linee guida raccomandano in genere un comportamento differenziato considerando essenzialmente due fattori: l'età del paziente e i valori di TSH.

Nel caso di soggetti giovani o di donne in premenopausa si consiglia di tenere monitoriati i valori di TSH, FT3 e FT4 ogni 6-12 mesi e di effettuare un trattamento con antitiroidei solo in presenza di sintomi di ipertiroidismo, di osteoporosi o osteopenia o se vi sono patologie cardiovascolari. I betablocccanti possono essere usati nella terapia iniziale per controllare eventuali sintomi di ipertiroidismo.

Nel caso di donne in postmenopausa, di soggetti con patologie cardiovascolari o con età maggiore di 65 anni si consiglia un trattamento con radioiodio o con antitiroidei se il paziente ha un morbo di Graves oppure con radioiodio o chirurgia nel caso il paziente abbia un gozzo tossico multinodulare oppure un nodulo tossico.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Ross DS et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for the Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid 2016; 26: 1343 - 1429.

2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6484

3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5698

4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5505