

## ORIGINAL

## Perfil lipídico y síntomas en pacientes con hipotiroidismo subclínico

Del Campo del Campo JM<sup>1</sup>, López-Torres Hidalgo J<sup>2</sup>, Requena Gallego M<sup>3</sup>, Escobar Rabadán F<sup>2</sup>, Díaz Torres C<sup>3</sup>, Muñoz Sánchez-Villacañas R<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Doctor en Medicina. Médico de Familia; <sup>2</sup> Doctor en Medicina. Médico de Familia. Profesor Asociado (Facultad de Medicina de Castilla-la Mancha); <sup>3</sup> Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Zona IV de Albacete

### PERFIL LIPÍDICO Y SÍNTOMAS EN PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO

**Objetivos:** comprobar si los pacientes con hipotiroidismo subclínico (HS) presentan, con mayor frecuencia, alteraciones en el perfil lipídico. Establecer si dicha enfermedad es realmente subclínica.

**Diseño:** Estudio observacional analítico (estudio de casos y controles).

**Emplazamiento:** Consultas de atención primaria en un centro de salud urbano.

**Población:** 65 pacientes con TSH > 4,2 mcIU/ml y niveles normales de T<sub>4</sub> libre frente a 130 pacientes con TSH y T<sub>4</sub> libre normales (nivel de confianza 95%, potencia 90%, razón de no enfermos/enfermos 2:1, proporción esperada de hipercolesterolemia del 50% en sujetos con HS y del 25% en los del grupo control).

**Intervenciones:** Niveles de colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, TSH, T<sub>4</sub> libre y anticuerpos antitiroideos. Se valoró la existencia de síntomas de hipotiroidismo durante seis meses previos a las determinaciones analíticas, así como el consumo de fármacos predisponentes, situaciones de riesgo y conducta del médico tras el diagnóstico.

**Resultados:** En los pacientes con HS (edad media 53,6 años, mujeres 89,2%, nivel medio de TSH 10,4) se observó, frente a los del grupo control (edad media 48,2 años, mujeres 80,8%, nivel medio de TSH 1,9), una mayor proporción, estadísticamente significativa, de cuadros de astenia, dolores musculares, sequedad de piel, ganancia reciente de peso, somnolencia y alopecia. Presentaron hipercolesterolemia (> 220 mg/dl) el 50,8% de los pacientes con hipotiroidismo subclínico frente al 32,3% de los del grupo control (P = 0,034), sin existir diferencias estadísticamente significativas en los niveles medios de HDL, LDL, triglicéridos y cociente de riesgo ateroesclerótico entre ambos grupos.

**Conclusiones:** Ante resultados contradictorios de estudios previos, se evidencia una mayor prevalencia de hipercolesterolemia en los pacientes con hipotiroidismo subclínico. A pesar de llamarse subclínico, los resultados confirman la presencia de diferentes síntomas de hipotiroidismo en dichos pacientes.

**Palabras clave:** hipotiroidismo, hiperlipidemia.

### LIPID PROFILES AND SYMPTOMS IN PATIENTS WITH SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM

**Goal:** To confirm whether patients with subclinical hypothyroidism are more likely to show alterations in their lipid profiles and to determine whether that condition can adequately be labeled as subclinical.

**Design:** Observational analytical study (case control study).

**Setting:** Primary care practices located in an urban health center.

**Population:** 65 patients with thyroid stimulating hormone (TSH) > 4.2 mcIU/ml and normal T<sub>4</sub> levels compared with 130 patients with TSH and normal T<sub>4</sub> levels (confidence level 95%, strength 90%, ratio of healthy to sick patients 2:1, expected proportion of hypercholesterolemia: 50% among subjects with subclinical hypothyroidism and 25% in the control groups).

**Methods:** Determine the levels of total cholesterol, HDL, LDL, triglycerides, TSH, free T<sub>4</sub> and anti-thyroid antibodies. The existence of hypothyroid symptoms was evaluated during the six months prior to the results of the analyses, as well as the use of drugs that can affect these measurements, risk situations and medical treatment following diagnosis.

**Results:** After comparing patients with subclinical hypothyroidism (average age 53.6 years, women 89.2%, average TSH level 10.4) with the control group (average age 48.2 years, women 80.8%, average TSH level 1.9), a higher, statistically significant, rate was found for conditions that included asthenia, muscular pain, dry skin, recent weight gain, fatigue, and hair loss. 50.8% of the patients with subclinical hypothyroidism showed hypercholesterolemia (> 220 mg/dl) as compared with 32.3 % of those belonging to the control group (P = 0.034), with no statistically significant differences found between either of the groups in average levels of HDL, LDL, triglycerides or the risk coefficient for atherosclerosis.

**Conclusions:** In the light of contradictory results from previous studies, this study shows a higher prevalence of hypercholesterolemia among patients with subclinical hypothyroidism. Despite use of the term "subclinical", results here confirm the presence of a variety of hypothyroidism symptoms among these patients.

**Key words:** hypothyroidism, hyperlipidemia.

Correspondencia: Jesús López-Torres Hidalgo. C/ Marqués de Villares, 48. 02003 Albacete. E-mail: jlopeztorresh@medynet.com

Recibido el 30-07-2003; aceptado para publicación el 05-02-2004.

Medicina de Familia (And) 2004; 1: 35-41

## Introducción

El hipotiroidismo subclínico es el cuadro caracterizado por una elevación de los niveles de TSH, un valor de T<sub>4</sub> libre normal y ausencia de sintomatología, la mayoría de las veces sin etiología clara<sup>1,2</sup>. La anterior definición data de principio de los años 70<sup>3</sup>, asociada al desarrollo de la 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup> generación de pruebas analíticas de detección de función tiroidea, las cuales han facilitado, por su sensibilidad, el hallazgo de alteraciones en los niveles de TSH en sangre y, por lo tanto, nuevos casos de hipotiroidismo subclínico<sup>2</sup>.

Dicho trastorno ocurre en un porcentaje cifrado entre el 5,0 y el 13,2%, según la población estudiada<sup>4-6</sup>. En mujeres mayores de 60 años afecta a más del 10% e incluso puede alcanzar al 40-60% según diferentes autores<sup>1,7</sup>, asociándose a un incremento del colesterol total<sup>7-9</sup> (un aumento de 0,5 mmol/l de colesterol total puede atribuirse al hipotiroidismo subclínico) y un perfil lipídico desfavorable<sup>1</sup> con disminución de HDL y aumento de LDL (más frecuente en hipotiroidismo subclínico grado III/IV en el que el valor de TSH es superior a 12). No obstante, contrariamente a lo que ocurre en el hipotiroidismo franco, es discutida la asociación entre hipercolesterolemia e hipotiroidismo subclínico<sup>5</sup> sosteniendo algunos autores la normalidad de los niveles de colesterol y triglicéridos<sup>1, 10-13</sup>, así como la ausencia de cambios significativos tras recibir tratamiento<sup>10, 11, 12</sup>. En lo relativo a la sintomatología y pese a la definición del trastorno, se ha llegado a afirmar<sup>2</sup> la existencia de un cuadro clínico más o menos insidioso, razón por la cual el término hipotiroidismo subclínico no sería del todo ajustado.

El objetivo del estudio es determinar si los pacientes con hipotiroidismo subclínico (HS) presentan con mayor frecuencia alteraciones en el perfil lipídico, así como comprobar si dicha enfermedad es realmente subclínica.

## Material y métodos

El estudio responde a las características de un diseño observacional analítico (estudio de casos y controles) y fue realizado en el ámbito de atención primaria, obteniéndose la información en cuatro consultas de medicina general pertenecientes al Centro de Salud Universitario Zona IV de Albacete. Durante el periodo comprendido entre febrero y octubre de 2000 fueron seleccionados consecutivamente, como casos, 65 pacientes de 14 o más años de edad diagnosticados de hipotiroidismo subclínico (TSH superior a 4,2 mcU/ml y niveles normales de T<sub>4</sub> libre —0,9 a 1,9 ng/dl—) y, como controles, 130 pacientes de 14 o más años con valores normales de TSH y T<sub>4</sub> Libre (n. Confianza 95%, potencia 90%, razón de no enfermos/enfermos 2:1, proporción esperada de hipercolesterolemia del 50% en sujetos con HS y del 25% en sujetos del grupo control).

A partir de las historias clínicas se obtuvieron las siguientes determinaciones (si habían sido realizadas dentro de los seis meses previos a la determinación de hormonas tiroideas): colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos y anticuerpos antitiroideos. Se valoró la constancia en dichas historias de síntomas propios de hipotiroidismo durante 6 meses previos a las determinaciones analíticas (dolores musculares, astenia, obesidad, pérdida de memo-

ria, hipoacusia, sequedad de piel, estreñimiento, aumento de peso reciente, depresión, somnolencia, intolerancia al frío, alopecia y síndrome de apnea obstructiva durante el sueño). En las mujeres se valoró también la existencia de los siguientes antecedentes: abortos de repetición, hijos con retraso psicomotor, hijos con bajo peso al nacer, hipermenorrea, infertilidad, síndrome premenstrual y eclampsia/preeclampsia. Otras variables estudiadas fueron: consumo previo de fármacos capaces de elevar los niveles de TSH (metoclopramida, domperidona, furosemida y sulfonilureas, etc.) o de otras situaciones de riesgo o predisponentes al hipotiroidismo subclínico (tratamiento previo con I<sup>131</sup>, radioterapia externa en zona cervical, antecedente de tiroidectomía o hemitiroidectomía, tiroiditis subaguda de De Quervain y consumo de fármacos como amiodarona, litio, yodo o interferón). Por último, se consideró la conducta del médico tras el diagnóstico de hipotiroidismo subclínico (tratamiento, derivación a endocrinología, etc.) y las características de los sujetos (edad, sexo, peso y talla). Posteriormente, se calculó en cada paciente el índice de masa corporal (IMC) y el cociente de riesgo ateroesclerótico (colesterol total/HDL).

Se realizó un análisis descriptivo de las características de los sujetos incluidos en cada grupo. A continuación, se utilizaron pruebas de comparación de proporciones (ji-cuadrado y test exacto de Fisher) y medias (t de Student) en grupos independientes. Para medir la magnitud de la asociación entre variables se calculó el OR y su correspondiente intervalo de confianza al 95%, realizando un ajuste estadístico por otras variables mediante regresión logística.

## Resultados

En la tabla 1 se muestran las características de los pacientes estudiados. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo, nivel medio de T<sub>4</sub> libre o nivel medio de índice de masa corporal entre pacientes diagnosticados de hipotiroidismo subclínico y pacientes con nivel de TSH normal.

La presencia de síntomas de hipotiroidismo durante 6 meses anteriores a la determinación analítica fue significativamente superior en los sujetos diagnosticados de hipotiroidismo subclínico en el caso de dolores musculares, astenia, sequedad de piel, aumento de peso reciente, somnolencia y alopecia (tabla 2). Otros signos o síntomas como pérdida de memoria, obesidad, estreñimiento o depresión también aparecieron con más frecuencia en pacientes con hipotiroidismo subclínico, aunque sin aparecer diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control.

En mujeres con hipotiroidismo subclínico constaban en la historia clínica con mayor frecuencia antecedentes de abortos de repetición, hijos con retraso psicomotor, hijos con bajo peso al nacer y eclampsia, aunque sin alcanzar significación estadística las diferencias respecto a mujeres con niveles normales de hormonas tiroideas (tabla 3).

En el grupo de pacientes diagnosticados de hipotiroidismo subclínico la determinación de hormonas tiroideas constaba en al menos dos ocasiones en 37 casos (56,9%). De este grupo, habían sido remitidos al Servicio de Endocrinología 32 pacientes (49,2%) y habían recibido tratamiento con L-Tiroxina 28 de ellos (43,1%), la mayoría con una dosis diaria de 100 µmg. (12 pacientes) o 50 µmg. (8 pacientes).

En cuanto al consumo previo de fármacos capaces de elevar el nivel de TSH (metoclopramida, domperidona, furosemida y sulfonilureas) o de fármacos implicados en la etiología del HS (amiodarona, litio, yodo e interferón), no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de pacientes. Tampoco se observaron respecto a antecedentes de tratamiento con I<sup>131</sup>, radioterapia externa en región cervical y tiroidectomía subtotal o hemitiroidectomía. Se comprobó que el antecedente de tiroiditis subaguda de De Quervain estuvo presente en 3 casos pertenecientes al grupo de pacientes con hipotiroidismo subclínico ( $P = 0,036$ ).

El nivel medio de colesterol total expresado en mg/dl fue significativamente superior en los pacientes con hipotiroidismo subclínico ( $216,1 \pm 54,4$  DE) frente a los del grupo control ( $200,1 \pm 45,6$  DE), sin observarse diferencias en los niveles medios de LDL, HDL, triglicéridos y cociente de riesgo ateroesclerótico (colesterol total/HDL) entre ambos grupos (tabla 4).

La proporción de pacientes con hipercolesterolemia ( $> 220$  mg/dl) fue significativamente superior en el grupo de sujetos con hipotiroidismo subclínico (33 pacientes; 50,8%) respecto al grupo control (42 pacientes; 32,3%) ( $P = 0,012$ ) (OR: 2,16; IC 95%: 1,17-3,97) (figura 1). También la proporción de pacientes con hipertrigliceridemia ( $> 200$  mg/dl) fue estadísticamente superior en el grupo con HS (13 pacientes; 20,0%) frente al resto (12 pacientes; 9,2%) ( $P = 0,034$ ) (OR: 2,46; IC 95%: 1,05-5,75) (figura 2). Al ajustar por edad y sexo mediante regresión logística, la hipercolesterolemia permaneció como variable asociada a la presencia de hipotiroidismo subclínico (OR: 1,92; IC 95%: 1,03-3,58).

## Discusión

La definición de HS asume de forma explícita la ausencia de sintomatología, siendo básicamente un hallazgo analítico sin traducción clínica<sup>14</sup>. Nuestros resultados, por el contrario, confirman la existencia de un cuadro clínico más o menos insidioso que pone de manifiesto la inadecuación a la realidad del adjetivo «subclínico» otorgado a estos pacientes. Previamente, se ha documentado<sup>1</sup> la presencia de una mayor prevalencia de depresión mayor y, en nuestro caso, observamos una mayor proporción de síntomas de hipotiroidismo como mialgias, astenia, sequedad de piel, ganancia reciente de peso, somnolencia y alopecia.

En cuanto a los niveles de lípidos en sangre, los datos aparecidos en publicaciones previas son contradictorios<sup>15</sup>. Se ha señalado la existencia de un incremento del colesterol total<sup>7</sup> o de un perfil lipídico desfavorable con aumento de LDL y disminución de HDL<sup>1</sup>. En otros estudios se ha observado un incremento de los niveles de

LDL únicamente en pacientes con TSH superior a 12<sup>13</sup>, una reducción simultáneamente de LDL y HDL<sup>16</sup> o sólo una reducción de HDL<sup>17</sup>. En otros casos, sin embargo, se ha observado normalidad en los niveles de colesterol y triglicéridos<sup>10-13</sup> e, incluso, la existencia de niveles de colesterol total en sangre paradójicamente bajos en sujetos con hipotiroidismo subclínico<sup>9</sup>. En este sentido, nuestros resultados muestran un nivel medio de colesterol total significativamente superior en estos pacientes sin apreciarse diferencias en los niveles medios de LDL o HDL y tanto la proporción de pacientes con hipercolesterolemia como de hipertrigliceridemia fue estadísticamente superior en los casos de hipotiroidismo subclínico que en los sujetos del grupo control.

En cuanto al riesgo cardiovascular<sup>3,9,18</sup>, en un estudio previo se ha señalado<sup>9</sup> un incremento relativo en el riesgo de coronariopatía en mujeres con TSH aumentada, a pesar de ser paradójicamente bajos los niveles de colesterol sérico observados. El estudio Róterdam<sup>19</sup> confirma que el hipotiroidismo subclínico es un fuerte indicador de riesgo cardiovascular en mujeres de edad avanzada. Por nuestra parte, no encontramos diferencias respecto al grupo control en el cociente de riesgo ateroesclerótico (colesterol total/HDL) en los pacientes con dicho trastorno.

Como hemos podido comprobar en nuestros resultados, la frecuencia<sup>20,21</sup> del hipotiroidismo subclínico es muy superior en mujeres que en hombres, habiéndose establecido<sup>4</sup> una relación 4 a 1 e incrementándose conforme aumenta la edad<sup>2</sup>. La prevalencia es superior en sujetos que presentan otras alteraciones como afectación autoinmune o aberraciones cromosómicas<sup>22</sup>. Algunos autores<sup>1</sup>, que sostienen la presencia de una mayor prevalencia de síntomas depresivos, afirman que estaría indicado el «screening»<sup>23</sup> en mujeres mayores de 60 años con trastorno depresivo mayor. No obstante, las recomendaciones acerca de «screening» varían según autores y su coste efectividad no ha sido claramente establecido<sup>22</sup>. El American College of Physicians recomienda el cribado en mujeres mayores de 50 años con uno o más de los síntomas sugestivos de disfunción tiroidea<sup>2</sup>.

Respecto al tratamiento<sup>16,24</sup>, la terapia hormonal sustitutiva se muestra claramente beneficiosa<sup>14</sup> en pacientes sintomáticos, no estando claramente establecido su efecto en el resto<sup>2</sup>. En pacientes sin factores de riesgo, signos o síntomas de deficiencia de hormona tiroidea es razonable posponer la instauración de tratamiento sustitutivo hormonal hasta la caída de los niveles de T4 por debajo de los límites normales. El tratamiento, según estudios previos<sup>5,25-28</sup> consigue reducir el nivel de colesterol total y LDL. Según otros autores<sup>2</sup>, el aumento del nivel de colesterol y el incremento franco en las cifras de TSH posee valor predictivo en el sentido de progresión a hipotiroidismo

clínico, mientras que el aumento de los anticuerpos antimicrosomiales es predictivo de fallo tiroideo en el futuro<sup>9</sup>.

Como conclusión, según los resultados de nuestro estudio y frente a los hallazgos contradictorios de estudios previos, comprobamos una mayor prevalencia de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia en los pacientes con hipotiroidismo subclínico. Por otra parte, ante la controversia sobre la definición de la enfermedad y la necesidad de tratamiento, nuestros datos confirman la presencia de síntomas de hipotiroidismo en estos pacientes.

### Bibliografía

1. Keneth AW. Subclinical Thyroid Dysfunction. *Arch Intern Med* 1997;157:1065-1068.
2. Goldman DR. Subclinical hypothyroidism revisited. *J Gen Intern Med* 1996;11:773-774.
3. Bastenie PA, Vanhaelst L, Bonnyns L, Neve P, Staquet M. Preclinical hypothyroidism: a risk factor or coronary heart disease. *Lancet* 1971;1:203-204.
4. Elte JWF. Subclinical endocrinological disease. *Postgrad Med J* 1990;72:141-146.
5. Anónimo. Managing Subclinical Hypothyroidism. *DTB* 1998;36:233.
6. Nicoleau A, Nicoleau CA, Balzora JD. Subclinical hypothyroidism in a biethnic, urban community. *JAGS* 2000;48:233.
7. Bindels A, Westendorp R, Frölich M, Seidells J, Blokstras A, Smelt A. The prevalence of subclinical hypothyroidism at different total plasma cholesterol levels in middle aged men and women: a need for case-finding? *Clin Endocrinol* 1999;50:217-220.
8. Miura S, Iitaka M, Yoshimura H, Kitahama S, Fukasawa N, Kawakami Y, et al. Disturbed lipid metabolism in patients with subclinical hypothyroidism: effect of L-thyroxine therapy. *Intern Med* 1994;33:413-7.
9. Tieche M, Lupi GA, Gutzwiller F, Grop PJ, Studer H, Bürgi H. Borderline low thyroid function and thyroid autoimmunity. Risk factors for coronary heart disease? *Br Heart J* 1981;46:202-6.
10. Ridway EC, Cooper DS, Walker H, Rodbbard D, Maloo F. Peripheral responses to thyroid hormone, before and after L-thyroxine therapy in patients with subclinical hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab* 1981;53:1238-42.
11. Cooper DS, Halpern R, Wood LC, Levin AA, Ridway EC. L-Thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism. *Ann Intern Med* 1984;101:18-24.
12. Bell GM, Todd WT, Forfar JC, Martyn C, Wathen CG, Gow S, et al. Endorgan responses to thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism. *Clin Endocrinol* 1985;22:83-9.
13. Staub JJ, Althaus BU, Engler H, Ryff AS, Trabucco P, Marquardt K, et al. Spectrum of subclinical and overt hypothyroidism: effect on thyrotropin, prolactin and thyroid reserve, and metabolic impact on peripheral target tissues. *Am J Med* 1992;92:631-42.
14. Surks M, Ocampo E. Subclinical Thyroid Disease. *Am J Med* 1996;100:217-223.
15. Pirich C, Müllner M, Sinzinger H. Prevalence and relevance of thyroid dysfunction in 1922 cholesterol screening participants. *J Clin Epidemiol* 2000;53:623-629.
16. Althaus BU, Staub JJ, Ryff-de Lèche A, Oberhänsli A, Stähelin HB. LDL/HDL changes in subclinical hypothyroidism: possible risk factors for coronary heart disease. *Clin Endocrinol* 1988;28:157-63.
17. Caron PH, Calazel C, Parr HJ, Hoff M, Louvet JP. Decreased HDL cholesterol in subclinical hypothyroidism: the effect of L-thyroxine therapy. *Clin Endocrinol* 1990;33:519-23.
18. Evered DC, Ormston BJ, Smith PA, Hall R, Bird T. Grades of hypothyroidism. *BMJ* 1973;1:657-662.
19. Hak E, Pols H, Visser T, Drexhage H, Homan A, Witteman J. Subclinical hypothyroidism is an independent risk for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam study. *Ann Intern Med* 2000;132:270-278.
20. Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM, Appleton D, Bates D, Clark F, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-years follow-up of the Wickham study. *Clin Endocrinol*. 1995;43:55-68.
21. Tunbridge WM, Evered DC, Hall R, Appleton D, Brewis M, Clark F, et al. The spectrum of thyroid disease in a community: the Wickham survey. *Clin Endocrinol* 1977;7:48-93.
22. Arem R, Escalante D. Subclinical hypothyroidism: epidemiology, diagnosis and significance. *Ann Intern Med* 1996;41:213-251.
23. Bonna M, Santini F, Rivolta G, Grossi E, Grilli R. Cost effectiveness of screening for subclinical hypothyroidism in the elderly. A decision-analytical model. *Pharmacoeconomics* 1998;14:209-216.
24. Rosenthal MJ, Hunt WC, Garry PJ, Goodwin JS. Thyroid failure in the elderly. Microsomal antibodies as discriminant for therapy. *JAMA* 1987;258:209-13.
25. Michalopoulou G, Alevizaki M, Pipingos G, Mitsubounas D, Mantzos E, Adamopoulos P, et al. High serum cholesterol levels in persons with high-normal TSH levels: should one extend the definition of subclinical hypothyroidism? *Eur J Endocrinol* 1998;138:141-145.
26. Parle JV, Franklyn JA, Cross KW, Jones SR, Sheppard MC. Circulating lipids and minor abnormalities of thyroid function. *Clin Endocrinol* 1992;37:411-414.
27. Ganotakis ES, Mandalaki K, Tampakaki M, Malliaraki N, Mandalakis E, Vrentzos G, et al. Subclinical hypothyroidism and lipid abnormalities in older women attending a vascular disease prevention clinic: effect of thyroid replacement therapy. *Angiology* 2003;54:569-76.
28. Caparevic Z, Bojkovic G, Stojanovic D, Ilic V. Dyslipidemia and subclinical hypothyroidism. *Med Pregl* 2003;56:276-80.

**Tabla 1.** Características de los pacientes

	Hipotiroidismo subclínico (N=65)	Grupo control (N=130)
Edad media (años) $\pm$ DE	53,6 $\pm$ 20,3	48,2 $\pm$ 18,4
% mujeres	89,2	80,8
Nivel medio de TSH (mcU/ml) $\pm$ DE	10,4 $\pm$ 14,1	1,9 $\pm$ 0,9
Nivel medio de T4 libre (mg/dl) $\pm$ DE	1,3 $\pm$ 0,2	1,4 $\pm$ 0,8
% con anticuerpos antitiroideos (+)	18,5	1,5
IMC* medio $\pm$ DE	30,3 $\pm$ 5,6	29,0 $\pm$ 6,4

\*IMC: Índice de masa corporal.

**Tabla 2.** Síntomas de hipotiroidismo en los pacientes estudiados

	Hipotiroidismo subclínico (N=65)		Grupo control (N=130)		P
	n.º	%	n.º	%	
Dolores musculares	24	36,9	17	13,1	0,001
Astenia	20	30,8	22	16,9	0,027
Sequedad de piel	3	4,6	0	0,0	0,036
Aumento de peso	9	13,8	7	5,4	0,042
Somnolencia	4	6,2	1	0,8	0,043
Alopecia	5	7,72	2	1,5	0,042
Pérdida de memoria	6	9,2	5	3,8	NS*
Obesidad	25	38,5	36	27,7	NS
Hipoacusia	1	1,5	2	1,5	NS
Estreñimiento	10	15,4	10	7,7	NS
Depresión	23	35,4	36	27,7	NS
Intolerancia al frío	0	0,0	1	0,8	NS
Síndrome de apnea obstructiva	0	0,0	1	0,8	NS

\*NS: no significativo.

**Tabla 3.** Antecedentes obstétrico-ginecológicos en mujeres

	Hipotiroidismo subclínico (N=65)		Grupo control (N=130)		P
	n.º	%	n.º	%	
Abortos de repetición	6	10,3	4	3,8	NS*
Hijos con retraso psicomotor	2	3,4	2	1,9	NS
Hijos con bajo peso al nacer	1	1,7	1	1,0	NS
Hipermenorrea	1	1,7	2	1,9	NS
Infertilidad	1	1,7	2	1,9	NS
Síndrome premenstrual	0	0,0	0	0,0	NS
Eclampsia	1	1,7	0	0,0	NS

\*NS: no significativo.

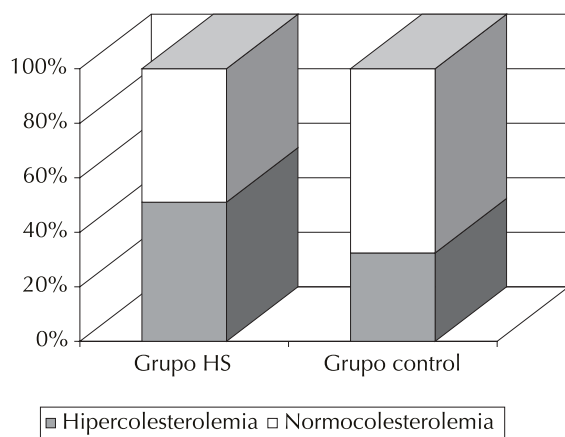
**Tabla 4.** Perfil lipídico en los pacientes estudiados

	Hipotiroidismo subclínico (N=65)	Grupo control (N=130)	P
Colesterol total	216,1 ± 54,4	200,1 ± 45,6	0,034
HDL	60,6 ± 20,4	58,5 ± 13,7	NS**
LDL	141,8 ± 48,3	148,5 ± 30,7	NS
Triglicéridos	115,3 ± 82,3	108,4 ± 58,2	NS
Colesterol total/HDL	4,1 ± 1,4	4,2 ± 1,1	NS

\* Nivel medio expresado en mg/dl.

\*\* NS: no significativo.

**Figura 1.** Proporción de sujetos con hipercolesterolemia en ambos grupos



**Figura 2.** Proporción de sujetos con hipertrigliceridemia en ambos grupos

