



REVISIÓN

Hipertiroidismo y embarazo

Manuel Gargallo Fernández

Unidad de Endocrinología y Nutrición, Hospital Virgen de la Torre, Madrid, España

Recibido el 5 de agosto de 2012; aceptado el 12 de noviembre de 2012

Disponible en Internet el 7 de marzo de 2013

PALABRAS CLAVE

Hipertiroidismo;
Embarazo;
Enfermedad de Graves;
Hiperemesis gravídica;
Tirotoxicosis gestacional transitoria

KEYWORDS

Hyperthyroidism;
Pregnancy;
Graves' disease;
Hyperemesis gravidarum;
Gestational transient thyrotoxicosis

Resumen La coexistencia de hipertiroidismo con la gestación no es un fenómeno excepcional. Cuando esto ocurre la repercusión es tanto materna como fetal e incluso, tras el parto, puede afectar al neonato y a la puérpera. El manejo clínico de esta situación es radicalmente distinto al del hipertiroidismo de la no gestante y plantea importantes retos tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

En esta revisión se examinan los aspectos relacionados con las peculiaridades de la valoración bioquímica de la función tiroidea en el embarazo, las diferentes posibilidades etiológicas ante la aparición de un hipertiroidismo en la gestación y el enfoque clínico terapéutico en cada caso. Se dedica especial atención a la gestación complicada con una enfermedad de Graves diferenciando su repercusión a distintos niveles: materno, fetal, neonatal y puerperal.

© 2012 SEEN. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Hyperthyroidism and pregnancy

Abstract Association of hyperthyroidism and pregnancy is not an unusual event, and has an impact on both the mother and fetus. After delivery, it may also affect the newborn and the nursing mother. Clinical management of this situation is quite different from that required by non-pregnant hyperthyroid women and poses significant diagnostic and therapeutic challenges.

This review addresses aspects related to the unique characteristics of biochemical assessment of thyroid function in pregnancy, the potential causes of hyperthyroidism in pregnancy, and the clinical and therapeutic approach in each case. Special attention is paid to pregnancy complicated with Graves' disease and its different the maternal, fetal, neonatal, and postnatal consequences.

© 2012 SEEN. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La prevalencia de alteraciones en la función tiroidea en la mujer es muy elevada (un 5/1.000 de hipotiroidismo y un 3/1.000 de hipertiroidismo¹), y puesto que muchos de estos cuadros se presentan en edad fértil no es extraño que

Correo electrónico: mgar@ya.com

Tabla 1 Valores de referencia de TSH según diferentes sociedades

Sociedad	Concentraciones de TSH (μ U/ml) en gestación		
	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Endo 2007/SEEN 2009	< 2,5	< 3	< 3
ATA 2011	0,1-2,5	0,2-3	0,3-3

ATA: *American Thyroid Association*; Endo: *Endocrine Society*; SEEN: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

Fuentes: Stagnaro-Green et al.⁶, Abalovich et al.⁷ y Galofré et al.⁸

la gestación se pueda asociar a estas enfermedades. Además, a medida que se va extendiendo la práctica clínica de realizar determinaciones de hormonas tiroideas (HT) en las gestantes, se van detectando cada vez más anomalías en la funcionalidad tiroidea de la embarazada que, en otras circunstancias, hubieran pasado desapercibidas.

Por otro lado, la función tiroidea materna experimenta modificaciones importantes durante el embarazo que se traducen en variaciones en los diferentes parámetros analíticos. Esta circunstancia obliga a emplear un enfoque diferente al de las no gestantes a la hora de interpretar los distintos parámetros de función tiroidea, para evitar diagnósticos y valoraciones erróneas con consecuencias potencialmente graves.

Como consecuencia de todo lo anterior, durante los últimos años se ha despertado el interés por la fisiología y las posibles alteraciones tiroideas en la gestación². Dentro de estas, hemos revisado los aspectos relacionados con el hipertiroidismo en la gestación, los retos que plantea y sus posibles consecuencias tanto durante el embarazo (en la madre y/o el feto), como tras el parto (en la púerpera y/o en el neonato).

Valoración funcional del tiroides en la gestación

Durante la gestación se producen importantes modificaciones fisiológicas^{3,4} que tienen una enorme repercusión en los diferentes parámetros maternos de función tiroidea, como se expone a continuación:

- **TSH.** Tradicionalmente se ha podido observar que las concentraciones de TSH están disminuidas en cualquier periodo de la gestación en comparación con las concentraciones de la no gestante⁵, con un mínimo en el primer trimestre para posteriormente ir aumentando en el segundo y tercer trimestre. Esta evolución en las concentraciones de TSH refleja de forma especular las modificaciones en las concentraciones de la hormona gonadotrofina coriónica (HCG) que alcanza un máximo en el primer trimestre para luego ir disminuyendo. Es por esto por lo que las diferentes sociedades han establecido unos valores normales de referencia⁶⁻⁸ (tabla 1).

Hay que tener en cuenta que, en las gestaciones múltiples, la disminución de las concentraciones de TSH es aun mayor y que las gestantes fumadoras presentan concentraciones de TSH inferiores durante el primer y tercer trimestre⁹.

- **TBG-T4T.** El incremento estrogénico que acompaña a la gestación aumenta las concentraciones de TBG y

consecuentemente los valores de T4T. Sin embargo, la variación de las concentraciones de T4T es muy constante (aumenta un 150%) e independiente del trimestre y del método empleado, por lo que aplicando un factor de 1,5 a los límites de referencia de la no gestante podríamos valorar la producción de T4 por parte de la embarazada si dispusiéramos de T4T.

- **T4L.** La mayoría de las determinaciones de T4 libre (T4L) empleadas en la práctica clínica no son realizadas mediante el *gold standard* del equilibrio de diálisis o ultrafiltración. Habitualmente se emplea un sistema de inmunoensayo en el que la T4L es un valor no directamente cuantificado, sino más bien estimado a través de un método que es proteínsensible (influido por TBG y albúmina) y por tanto se ve profundamente modificado por la gestación, variando además según el trimestre. Además, cada método de ensayo tiene variaciones específicas. Esto significa que, para una interpretación adecuada de T4L en la gestación, sería preciso disponer de valores de referencia según edad gestacional y método empleado, como advierte la *American Thyroid Association* (ATA)⁶.

Repercusiones materno-fetales del hipertiroidismo

Como podemos ver en la tabla 2, el hipertiroidismo durante la gestación puede tener consecuencias graves tanto para la madre como para el feto y, tras el parto, para el neonato¹⁰⁻¹². Hay que añadir que recientemente se ha descrito un incremento del riesgo de trombosis en el hipertiroidismo endógeno¹³ al parecer reversible con el control del hipertiroidismo. Si tenemos en cuenta que la gestación por sí misma presenta un incremento tanto en la trombosis venosa profunda como en el tromboembolismo pulmonar¹⁴, deberemos mantener un alto índice de sospecha para detectar precozmente esta complicación y posiblemente sería prudente plantearse medidas de profilaxis.

Clasificación del hipertiroidismo en la gestación

En la tabla 3 se exponen las diferentes posibilidades diagnósticas ante la aparición de un hipertiroidismo durante la gestación. Por un lado, existen una serie de cuadros originados directamente por la propia gestación y que se pueden englobar bajo el epígrafe tirotoxicosis gestacional transitoria (TGT). Por otro, existe la posibilidad de que cualquier cuadro que origina una hiperfunción tiroidea fuera de la gestación esté también presente durante el embarazo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2773599>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2773599>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)