



Original

Tiroiditis posparto: incidencia y estudio de los posibles factores asociados en las embarazadas de una zona de salud

José Ignacio Jaén Díaz^{a,*}, Francisco López De Castro^b, Blanca Cordero García^a, Francisca Santillana Balduz^c, Julia Sastre Marcos^d y Cristina Martín Dal Gesso^a

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Santa María de Benquerencia, Toledo, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Toledo, España

^c Matrona de Atención Primaria, Centro de Salud Santa María de Benquerencia, Toledo, España

^d Servicio de Endocrinología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de junio de 2008

Aceptado el 24 de octubre de 2008

Palabras clave:

Tiroiditis

Embarazo

Parto

RESUMEN

Fundamento y objetivo: Nuestro objetivo fue estudiar la presencia de tiroiditis posparto (TPP) en un grupo de mujeres embarazadas y eutiroides.

Material y método: Estudio observacional y prospectivo realizado, durante casi 3 años, en las embarazadas de una zona de salud de Toledo.

Se recogieron datos de talla y peso, edad, consumo de tabaco, consumo de anticonceptivos y embarazos, lactancia y abortos anteriores a la gestación actual. En el primer trimestre de ésta se determinó la hormona tiroestimulante (TSH), la tiroxina libre (T4) y los anticuerpos antiperoxidasa (TPO). Se recogió una muestra aislada de orina para determinar la yoduria. A los 3 y a los 6 meses del parto se volvieron a determinar los valores de TSH, T4 libre y TPO. Dos ecografías tiroideas se realizaron coincidiendo con la determinación analítica de los 3 meses de embarazo y de los 3 meses posparto.

Resultados: Se estudió a 157 embarazadas, de las que 25 presentaron TPP (15,9%, intervalo de confianza [IC] del 95%, 10,7–22,8). En el primer trimestre del embarazo el porcentaje de mujeres con TPO positivos fue del 44,0% en las que desarrollaron TPP, frente al 4,5% de las que no lo hicieron ($p < 0,001$). El 20% de los casos de TPP seguían hipotiroideas al final del primer año.

Encontramos un menor índice de masa corporal (IMC) medio en embarazadas con TPP que en el resto (21,7 frente a 24,5 kg/m²; $p = 0,001$). Se encontró una mayor frecuencia de TPP en mujeres con Rh negativo (el 33,3 frente al 12,2%; PEF = 0,015).

Conclusiones: La incidencia de TPP supera a la registrada en otros trabajos. El porcentaje de embarazadas que se mantenían hipotiroideas al año del parto es similar al descrito en otros trabajos. Hemos encontrado relación significativa entre la TPP y el IMC y el factor Rh (asociaciones no descritas en la literatura científica). Podría estar justificado, en nuestra zona de salud, la búsqueda activa de casos de TPP.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Incidence of postpartum thyroiditis and study of possible associated factors

A B S T R A C T

Background and objective: Our objective was to evaluate the presence of postpartum thyroiditis (PPT) in a group of pregnant euthyroid women.

Material and method: This study was prospective and descriptive in nature and was carried out over the course of three years in an urban Health District in Toledo, Spain. Information recorded included height and weight, tobacco use, previous consumption of oral contraceptives, and numbers of pregnancies and abortions prior to the current gestation. Levels of Thyroid Stimulating Hormone (TSH), free Thyroxine (FT4) and thyroid peroxidase antibodies (TPOAb) were determined during the first trimester and 3 and 6 months postpartum. A urine sample was collected for determination of iodine levels. Thyroid ultrasonography was performed on all pregnant subjects concurrently with analytical sample collection at 3 months of pregnancy and 3 months postpartum.

Results: The sample contained 157 pregnant women, of whom 25 (15.9%) developed PPT. Of these, 44.0% were positive for TPO antibodies in the first trimester, compared to 4.5% of the subjects who did not develop PPT ($P < .001$). At the end of the first year, 5 (20%) were still afflicted with hypothyroidism. The complete study group of pregnant women displayed a median urinary iodine level of 135 µg/L. A minor BMI

Keywords:

Thyroiditis

Pregnancy

Postpartum

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ijd02@hotmail.com (J.I. Jaén Díaz).

was found in the PPT subjects when compared with the rest of the study group (21.7 vs 24.5; $P = .000$). A greater frequency of PPT was found in Rh-negative women (33.3 vs 12.2%; $P = .015$).

Conclusions: The incidence of PPT exceeded that previously reported. We have only found a significant correlation between PPT and BMI and Rh factor. Based on the high incidence rate detected in our Health District, an active search for cases of PPT might be justified.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La tiroiditis posparto (TPP) es un proceso inflamatorio, de base inmunológica, que afecta a la glándula tiroides y que acontece después del alumbramiento, coincidiendo con la recuperación de las capacidades inmunitarias, tanto celulares como humorales que, de forma fisiológica, se inhiben durante el embarazo¹ y producen hipertiroidismo transitorio o hipotiroidismo transitorio con vuelta al eutiroidismo, en la mayoría de los casos al final del primer año². El hipotiroidismo que acontece más allá de un año después del parto no se considera TPP.

Aunque no existe una clasificación internacionalmente aceptada, la TPP se englobaría dentro de las tiroiditis autoinmunitarias, junto con la tiroiditis crónica linfocitaria (antigua tiroiditis de Hashimoto) y la tiroiditis silente o indolora esporádica³. De hecho, las tres comparten algunas características comunes; se considera a la TPP y a la tiroiditis silente como un mismo proceso^{4,5} que acontecería en momentos diferentes de la vida de la paciente y hay evidencias que señalarían a la TPP como una posible reactivación puntual de una tiroiditis autoinmunitaria subyacente o latente⁶.

La incidencia del proceso es muy variable y oscila entre el 1,9 y el 16,7% según los distintos estudios que la han estimado^{7,8}. Aproximadamente, entre un 30 y un 50% de las embarazadas con anticuerpos antiperoxidasa al principio de su embarazo desarrollarán la enfermedad^{6,9} tras esa gestación, frente al 0–5% de probabilidades de desarrollarla que tienen las mujeres con anticuerpos negativos². Otros muchos datos apoyan el carácter autoinmunitario del proceso, como por ejemplo el hecho de que sea más frecuente en mujeres portadoras de determinados antígenos del sistema de antígenos de histocompatibilidad (HLA)^{10,11}.

Desde el punto de vista clínico, la enfermedad suele tener escasa repercusión sintomática y no precisa tratamiento en la mayoría de los casos. En alrededor de una cuarta parte de las pacientes la evolución sigue la tríada clásica de hipertiroidismo, que comienza entre 1 y 6 meses después del parto y dura 1 o 2 meses, para seguirse de una fase hipotiroidea, con posterior vuelta al eutiroidismo antes de finalizar el año. Cerca del 40% de los casos se presentan como hipotiroidismo sin hipertiroidismo previo y el resto (aproximadamente el 35%) como hipertiroidismo aislado. Mientras que este último siempre se resuelve, alrededor de un 20% de las pacientes con hipotiroidismo se mantienen así al final del año, y puede desarrollarse hipotiroidismo permanente, al cabo de los 7 años, hasta en el 50% de las mujeres seguidas¹².

En España, son escasos los estudios epidemiológicos realizados en relación con este proceso. El objetivo de nuestro trabajo fue establecer la incidencia de TPP y estudiar los posibles factores asociados a ella, en un colectivo de mujeres embarazadas y eutiroides al principio de su embarazo.

Material y método

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado, entre octubre de 2004 y junio de 2007, en la Zona de Salud de Santa María de Benquerencia, una zona de salud urbana perteneciente al área de salud de la ciudad de Toledo (España), que cuenta con una población asignada de alrededor de 25.000 personas.

La población del estudio la formaron las embarazadas de esa zona de salud. La captación de las pacientes se realizaba en la primera visita del programa de control de embarazo que, desde 3 años, se viene realizando en nuestra zona. A todas se les invitó a participar en el estudio, previa firma de un documento de consentimiento informado elaborado sobre la base de las recomendaciones del Comité Ético y de Investigación del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, que revisó y aprobó el proyecto. A todas las embarazadas se les recomendó el consumo de un preparado comercial polivitamínico que contenía 200 µg de yoduro sódico.

En todas las mujeres se recogieron datos de talla y peso (utilizados para el cálculo del índice de masa corporal [IMC] como peso en kg/talla² [en m]), edad, consumo de tabaco, fecha de la última menstruación (utilizada para calcular la edad gestacional), consumo de anticonceptivos orales previos y embarazos, lactancia y abortos anteriores a la gestación actual. En el primer trimestre de ésta se les determinó la concentración de la hormona tiroestimulante (TSH), la de tiroxina libre (T4I) y la de anticuerpos antiperoxidasa (TPO) mediante inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas (CMIA) de 2 pasos, con anticuerpos monoclonales de ratón en un analizador Architect i2000 (Abbott Laboratories). Los límites de normalidad para la TSH, la T4I y los TPO estaban establecidos, por nuestro laboratorio de referencia, respectivamente, en: 0,5–4,0 µU/ml, 0,8–2,0 ng/dl y 0,00–16 U/ml. A todas las mujeres se les recogió una muestra aislada de orina, siempre a la misma hora de la mañana, para determinación de la yoduria mediante el método de Benotti¹³. Las muestras se congelaban y eran remitidas a la Universidad Autónoma de Madrid (Instituto de Investigaciones Biomédicas Alberto Sols) para su procesamiento y análisis. La yoduria se determinó también en un grupo de mujeres no embarazadas de similar edad, seleccionadas de forma aleatoria entre las que acudían a las consultas del Centro de Salud por cualquier motivo (la primera y la última paciente citadas cada día) durante el período del estudio y que actuaron como grupo control para este parámetro.

A los 3 y a los 6 meses del parto se volvieron a determinar los valores de TSH, T4I y TPO. En el caso de que se detectaran alteraciones en la determinación de los 6 meses (bien nuevas o bien continuación de alteraciones previas detectadas a los 3 meses), se volvían a repetir, cada 3 meses, hasta los 12 meses posparto. Si la alteración consistía en un hipertiroidismo, en la siguiente determinación se solicitaban también anticuerpos anti-receptor de TSH al objeto de descartar una posible enfermedad de Graves-Basedow como causa del mismo. Otros datos que se recogieron fueron la fecha del parto, el peso del recién nacido (en la visita de los 3 meses) y el tipo de alimentación en esos primeros 6 meses (lactancia natural, artificial o mixta).

Dos ecografías tiroideas se realizaron a todas las embarazadas coincidiendo con la determinación analítica de los 3 meses de embarazo y de los 3 meses posparto. Estas se efectuaban en la consulta del centro de salud, por un único médico de atención primaria, con amplia experiencia en la técnica y utilizando un ecógrafo modelo Nemio de la marca Toshiba (Toshiba Medical Systems, Japón) con una sonda lineal de 7,5 MHz. La paciente era colocada en decúbito supino y con el cuello hiperextendido mediante la colocación de una almohada debajo de sus hombros. Las ecografías se realizaban sin conocer los datos analíticos de las pacientes (T4I, TSH y TPO). El objeto de éstas fue establecer el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3801699>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3801699>

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