



Enfermedad tiroidea y gestación

M.D. Ollero García-Agulló* y J. Pineda

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra. España. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). Pamplona. Navarra. España.

Palabras Clave:

- Disfunción tiroidea
- Gestación
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Diagnóstico
- Manejo

Keywords:

- Thyroid dysfunction
- Pregnancy
- Hyperthyroidism
- Hypothyroidism
- Diagnosis
- Management

Resumen

Introducción. La normofunción tiroidea materna es esencial, especialmente durante el desarrollo fetal temprano. La disfunción tiroidea gestacional es frecuente y se asocia a eventos adversos materno-fetales.

Diagnóstico. Debido a los cambios fisiológicos que el embarazo tiene sobre el tiroides, deben emplearse rangos de normalidad específicos de tirotrópina (TSH) y tiroxina libre (T4l) para el diagnóstico y seguimiento de la patología tiroidea.

Tratamiento. Las mujeres hipotiroideas en tratamiento deben aumentar un 25-30% la dosis de levotiroxina al confirmar la gestación, y tras el parto volver a la dosis pregestacional. Si el hipotiroidismo se detecta durante la gestación, debe iniciarse tratamiento con levotiroxina de forma precoz. El hipertiroidismo es menos frecuente, y cuando es subclínico o leve puede monitorizarse sin tratamiento. El hipertiroidismo moderado-grave durante el embarazo debe tratarse con antitiroideos, empleando la menor dosis posible con el objetivo de mantener la T4l materna en el límite alto de la normalidad.

Abstract

Thyroid disease and pregnancy

Introduction. Thyroid dysfunction is common during pregnancy and it is associated to adverse maternal and foetal outcomes.

Diagnosis. Because of the changes in thyroid physiology during normal pregnancy, the use of trimester-specific reference ranges for thyroid stimulating hormone (TSH) and free thyroxine (fT4) is recommended for the diagnosis and monitoring during the follow-up.

Treatment. Women with pre-existing hypothyroidism who become pregnant should increase their levothyroxine dose around 25-30% in early pregnancy. When hypothyroidism is discovered during pregnancy, levothyroxine treatment should be initiated to restore euthyroidism as soon as possible. Subclinical and mild overt asymptomatic hyperthyroidism during pregnancy can be monitored with no treatment. Moderate to severe hyperthyroidism requires treatment with the lowest dose of thionamides able to maintain mother's free T4 in the high level of the normal range.

Introducción

Durante la gestación, las hormonas tiroideas maternas desempeñan un papel crucial en el desarrollo del feto y de la placenta, fundamentalmente en la primera mitad del embarazo.

La disfunción tiroidea materna se asocia a riesgo aumentado de aborto, parto pretérmino, morbilidad neonatal y complicaciones obstétricas como eclampsia, preeclampsia y parto prematuro¹⁻³. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de la patología tiroidea en el embarazo son de vital importancia a la hora de evitar la aparición de complicaciones materno-fetales. La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomiendan el cribado universal de la función

*Correspondencia
Correo electrónico: lolaollero@hotmail.com

tiroidea en el primer trimestre de embarazo, mediante determinación de tirotrópina (TSH)⁴.

Cambios fisiológicos tiroideos durante el embarazo

El embarazo se asocia a importantes cambios en la fisiología tiroidea materna, modificando el perfil hormonal tiroideo de la gestante¹. La síntesis de hormonas tiroideas se incrementa hasta un 50% sobre los niveles preconceptionales^{5,6}. La secreción de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) aumenta durante el primer trimestre, y debido a la especificidad cruzada que tiene para el receptor de TSH, la tiroxina (T4) y triyodotironina (T3) se elevan ligeramente. La TSH disminuye hasta un 60-80% durante el primer trimestre y se recupera parcialmente después, sin llegar a los valores preconceptionales hasta que finaliza el embarazo. El aumento de las proteínas transportadoras induce un incremento en los valores de T4 y T3 totales que se mantiene hasta el parto⁵.

El yodo es esencial para la síntesis de hormonas tiroideas, y los requerimientos durante el embarazo aumentan un 50%. La Organización Mundial de la Salud recomienda una ingesta diaria de 250 mcg de yodo al día en mujeres embarazadas y durante la lactancia. Por este motivo, se recomienda la toma de suplementos de yoduro potásico de forma precoz en el embarazo o, idealmente, desde el periodo preconceptional¹⁻⁵.

Diagnóstico de la disfunción tiroidea en la gestación

El diagnóstico se basa en la medida de los parámetros bioquímicos de laboratorio, fundamentalmente TSH y T4 libre (T4l)¹. Debido a los cambios fisiológicos que el embarazo induce sobre el tiroides, la evaluación de la función tiroidea en la gestación requiere de intervalos de referencia específicos, estratificados por trimestres, diferentes a los de la población no gestante.

Las guías clínicas recomiendan establecer rangos de referencia de TSH y T4l con las técnicas de laboratorio propias. Si no se dispone de valores locales, recomiendan adoptar cifras de normalidad de TSH entre 0,1 y 2,5 mUI/l en el primer trimestre, y de 0,2-3 mUI/l en segundo y tercer trimestre¹⁻⁴.

Existe cierta controversia acerca de la aplicabilidad universal de estos rangos de referencia, ya que numerosos estudios, incluidos la mayoría de los realizados en nuestro país, establecen límites superiores de normalidad de TSH en gestantes, por encima del punto de corte recomendado por las guías clínicas^{3,7}.

Hipotiroidismo y embarazo

El hipotiroidismo aparece en el 2-10% de las mujeres gestantes, según los rangos que se utilicen para el diagnóstico, siendo la mayoría casos de hipotiroidismo subclínico⁶. La

causa más frecuente en países yodosuficientes es la autoinmune³. Las manifestaciones clínicas son similares a las que se producen en la población general, pudiendo solaparse con síntomas propios del embarazo.

Diagnóstico

Si no se dispone de valores de referencia propios, el diagnóstico de hipotiroidismo subclínico se establece si la cifra de TSH es mayor de 2,5 mUI/l en el primer trimestre (mayor de 3 mUI/l en segundo y tercero) y la T4l es normal. El hipotiroidismo clínico o franco se diagnostica ante valores de TSH superiores a 2,5 mUI/l y de T4l disminuidos, o cuando la TSH es igual o superior a 10 mUI/l¹⁻³.

Tratamiento

El tratamiento de elección es levotiroxina, precisando generalmente dosis superiores a las empleadas en no gestantes, con el objetivo de mantener las cifras de TSH en el rango de normalidad establecido para el embarazo (0,1-2,5 mUI/l en el primer trimestre, y 0,2-3 mUI/l en segundo y tercer trimestre)¹⁻³. Debe monitorizarse la función tiroidea a las 4 semanas de comenzar el tratamiento; posteriormente de forma trimestral, y siempre que se efectúen modificaciones terapéuticas³. Los beneficios de tratar el hipotiroidismo clínico están bien establecidos. En el hipotiroidismo subclínico la evidencia científica es menor, por lo que las guías no son unánimes en sus recomendaciones, especialmente cuando la autoinmunidad tiroidea es negativa^{1-5,8}.

Manejo del hipotiroidismo pregestacional

Los requerimientos de tiroxina en mujeres con hipotiroidismo aumentan en la gestación, lo que obliga a incrementar la dosis entre el 30 y el 50% de forma precoz¹⁻³ (tabla 1).

El aumento de dosis requerido es variable, y depende en parte de la etiología del hipotiroidismo; suele ser mayor en mujeres sin tejido tiroideo funcionante (tratadas con radioyodo o con cirugía) que en las pacientes con hipotiroidismo autoinmune.

Se aconseja que las mujeres con hipotiroidismo y deseo gestacional mantengan niveles de TSH pregestacionales inferiores a 2,5 mUI/l, y aumenten la dosis de levotiroxina (inicialmente de forma empírica un 25-30%) nada más confirmar el embarazo^{1,2,6}. A pesar de este aumento inicial, un

TABLA 1

Puntos clave del manejo del hipotiroidismo pregestacional

Mantener niveles de TSH \leq 2,5 mUI/l en las mujeres con hipotiroidismo y deseo gestacional

Aumentar de forma empírica la dosis de levotiroxina un 25-30% en cuanto se confirme gestación (indicar a las pacientes que realicen dicha modificación)

Determinar valores de TSH y T4l para confirmar que son adecuados al menos trimestralmente, y a las 4 semanas tras cambios en las dosis de levotiroxina

Tras el parto volver a la dosis de levotiroxina pregestacional

Control de TSH a las 6-8 semanas tras el parto

TSH: tirotrópina; T4l: tiroxina libre.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805045>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805045>

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