

HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO

(Hypothyroidism in pregnancy)

Revista Médica Sinergia
Vol.3 Num:1
Enero 2018 pp: 9 – 12
ISSN:2215-4523
EISSN:2215-5279

* Dra. Andrea Jiménez Alvarado
Línea Vital de Costa Rica
Puntarenas, Costa Rica.

RESUMEN

La causa más común de hipotiroidismo es la tiroiditis de Hashimoto, otras causas pero menos comunes son: tiroiditis asintomática y subaguda, el inducido por fármacos (medicamentos antitiroideos: PTU, metimazol, yodo y litio, carbamazepina, fenitoina y rifampicina, amiodarona, hidróxido de aluminio, sulfato de hierro, calcio, vitaminas y soya), altas dosis de radiación externa en el cuello, hipotiroidismo congénito, trastornos metabólicos hereditarios, y síndromes de resistencia a la hormona tiroidea. En casos de enfermedad hipotalámica o hipofisaria puede existir un hipotiroidismo secundario. Un ejemplo es la hipofisitis autoinmune la cual es de particular interés en obstetricia por su relación al síndrome de Sheehan.

DESCRIPTORES

Hipertiroidismo, embarazo, hashimoto, hipotiroidismo, T4, TSH.

SUMMARY

The most common cause of hypothyroidism is Hashimoto's thyroiditis, other but less common causes are: asymptomatic and subacute thyroiditis, the drug induced (antithyroid drugs: PTU, methimazole, iodine and lithium, carbamazepine, phenytoin and rifampin, amiodarone, aluminum hydroxide, iron sulfate, calcium, vitamins and soy), high doses of external radiation in the neck, congenital hypothyroidism, hereditary metabolic disorders, and thyroid hormone resistance syndromes. In cases of hypothalamic or pituitary disease, there may be secondary hypothyroidism. An example is autoimmune hypophysitis which is of particular interest in obstetrics because of its relationship to Sheehan syndrome.

KEYWORDS

Hyperthyroidism, pregnancy, hashimoto, hypothyroidism, T4, TSH.

*Médico General.
Graduada de la
Universidad Latina de
Costa Rica. Trabaja como
médico en Línea Vital de
Costa Rica, Costa Rica.
cod: 14091.
andreaajima@hotmail.com

INTRODUCCION

Se clasifica en hipotiroidismo explícito al tener una TSH (hormona tiroidea estimulante) elevada con baja concentración de T4 (tiroxina) libre,

mientras que el hipotiroidismo subclínico ocurre donde existe elevación de TSH y T4 normal. Este último es más común. En cuanto a la mujer embarazada se

pueden presentar diversos escenarios como:

- 1) Paciente con hipotiroidismo subclínico diagnosticada por primera vez en el embarazo.
- 2) Mujer hipotiroidea que discontinuo su tratamiento.
- 3) Paciente que requiere mayor dosis de tratamiento debido a que su requerimiento de hormonas tiroideas aumentó durante el embarazo.
- 4) Paciente que no es consistente tomando su medicamento.
- 5) Paciente hipotiroidea con excesiva dosis de tratamiento antitiroideo.
- 6) Aquella mujer en la cual su función tiroidea está afectada por el uso de otros medicamentos como el litio o la amiodarona.

Se pueden observar elevaciones leves de la TSH justo después de la concepción. Se habla entre un 50 a 60% de las mujeres hipotiroideas presentan dichos aumentos al incrementarse la demanda de hormonas tiroideas en las primeras semanas de gestación.

EFFECTO DEL HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO

Se ha visto en ciertos estudios que al existir concentraciones elevadas de anticuerpos antitiroperoxidasa (TPO), antimicrosomales (AMA) y antitiroglobulina (ATG), hay un aumento de dos veces en la tasa de aborto espontáneo. Dichos anticuerpos pueden cruzar la barrera placentaria y ocasionar hipotiroidismo neonatal, que podría generar graves consecuencias cognitivas en el neonato. Se han descrito casos donde los hijos de mujeres con hipotiroidismo incluso leve, tienen un IQ

(índice de coeficiente) más bajo que en los hijos de mujeres sanas. Además existe mayor riesgo de presentar complicaciones en el embarazo como: preeclampsia, desprendimiento de placenta, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro, y muerte fetal intrauterina. Por lo tanto es de suma importancia el tratamiento temprano y la vigilancia estrecha para mantener un estado eutiroideo en la paciente gestante para la disminución de dichas complicaciones perinatales.

EFFECTO DEL EMBARAZO EN EL HIPOTIROIDISMO

Ocasiona un aumento de los requerimientos de hormona tiroidea, por lo que hay que vigilar los niveles de TSH materna cada trimestre, con valoración cada 4 semanas si se considera necesario cambiar la dosis del medicamento. Dichas necesidades regresan a los niveles en que se encontraban previos al embarazo luego del parto.

TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO CLINICO

El tratamiento a elegir es L-tiroxina, siendo el mejor momento para administrarlo en la mañana en ayunas, o si la paciente presenta vómitos y náuseas, ésta se administra una vez que los síntomas hayan cesado. Es importante verificar las concentraciones de TSH cada 4 semanas hasta que sus niveles se encuentren en el límite inferior del rango normal.

Se inicia dosis a 2 ug/kg de peso real, realizando ajustes según la concentración de TSH. Si esta es elevada pero menor a 10 ug/ml se

puede añadir entre 25-50ug/día, si es mayor a 10 pero menor de 20, se puede aumentar de 75 a 100 ug/día. Ya que los requerimientos aumentan durante el embarazo es importante revisar las concentraciones de TSH al inicio y cada trimestre para así poder mantener el eutiroidismo.

Una vez concluido el embarazo, la dosis de medicamento vuelve a ser la misma cantidad previa a la gestación y se evalúa 4 a 8 semanas después del parto la TSH. En las mujeres que presenten enfermedad hipofisaria se debe utilizar la concentración de T4 libre como parámetro de medición y esta debe mantenerse en el tercio superior del rango normal.

HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO

Se piensa que sus causas son las mismas que las del hipotiroidismo franco. Este se descubre al encontrar elevaciones de TSH con concentraciones de T4 libre normales, donde la paciente no presenta síntomas de enfermedad tiroidea.

Hasta el momento existe discrepancia en cuanto a la vigilancia del hipotiroidismo en mujeres embarazadas, lo que sí se sabe es que tanto la American Thyroid Association, y la Endocrine Society recomiendan la valoración rutinaria de TSH (con T4 libre si la TSH es anormal), antes de la concepción y en cuanto se determine el embarazo. Mientras que la ACOG no apoya la realización de estudios en aquellas mujeres asintomáticas.

Es importante además tomar en cuenta las mujeres que presentan factores de

riesgo como: las que han recibido tratamiento previo contra hipotiroidismo, altas dosis de radiación en el cuello, tiroiditis posparto anterior, presencia de bocio, antecedentes familiares de enfermedad tiroidea, tratamiento con amioradona, sospecha de insuficiencia hipofisaria y diabetes mellitus tipo 1; se les debería realizar de pruebas tiroideas.

TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO

En este momento la ACOG no apoya la detección ni el tratamiento para el hipotiroidismo subclínico. En un estudio del presente año publicado en el NEJM no se demostró algún efecto significativo en cuanto a la terapia de reemplazo de hormona tiroidea y sus beneficios sobre función cognitiva en niños y sobre su desarrollo neurológico hasta los 5 años de edad. Se ha asociado al hipotiroidismo subclínico con múltiples complicaciones obstétricas. Sin embargo en estos casos no se ha demostrado una relación directa en cuanto a que el uso de levotiroxina reduzca estos riesgos.

HIPOTIROXINEMIA AISLADA

Se refiere a aquellas pacientes con niveles de T4 libre por debajo del límite de referencia pero con niveles de TSH normal.

La explicación de dicho fenómeno no es clara del todo sin embargo se observa frecuentemente en áreas endémicas de deficiencia de yodo y se asocia con un aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal junto con una mayor incidencia de hipotiroidismo neonatal.

BIBLIOGRAFIA

1. Casey, B., Thom: A., Varner; M., Sorokin, Y., Hirtz, D., Wapner, R., Thorp, J., Saade, G.; Tita, A., Rouse, D., Sibai, B., Lams, J., Mercer, B., Tolosa; J., Caritis; S. & VanDorsten, P. (2017). Treatment of Subclinical Hypothyroidism or Hypothyroxinemia in Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 376, pp. 815-824.
2. DeCherney, A., Nathan, L., Laufer, N., & Roman, A. (2014). Enfermedades tiroideas y otros trastornos endocrinos durante el embarazo. En *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos* (pp. 522-524). Mexico: McGraw-Hill Education.
3. Gabbe, S., Niebyl, J., Simpson, J., Landon, M., Galan, H., Jauniaux, E., & Driscoll, D. (2012). Pregnancy and Coexisting Disease. En *Obstetrics Normal and Problem Pregnancies* (pp. 939-942). United States: Elsevier Saunders.

Recepción: 15 Noviembre de 2017

Aprobación: 20 Diciembre de 2017