

EFFECTO DE LAS TIROIDEOPATIAS DURANTE EL EMBARAZO

Yanina Onocko, Mariela Onocko
Dra. Mirta Alejandra Elizalde Cremonte Ortiz

RESUMEN

Las tiroideopatías no son raras durante el embarazo, observándose hipotiroidismo en el 2,5 % de las embarazadas e hipertiroidismo en el 0,2%.

METODOS: En esta revisión se analizaron múltiples estudios clínicos que incluían a gestantes con hipotiroidismo e hipertiroidismo con el objetivo de establecer las complicaciones materno-fetales de las mismas y la importancia de su diagnóstico temprano.

CONCLUSION: Se observó que las disfunciones tiroideas se asocian a complicaciones durante la gestación y alteraciones en el desarrollo neurológico fetal y que un diagnóstico y tratamiento precoz puede disminuir drásticamente la morbilidad fetal.

PALABRAS CLAVES: disfunciones tiroideas en el embarazo, enfermedades tiroideas en el embarazo, hipertiroidismo, hipotiroidismo.

SUMMARY

During pregnancy thyroid diseases are not uncommon, where 2,5% hypothyroidism and 0,2% hyperthyroidism could be seen in pregnant women.

METHODS: Multiple clinical studies were analyzed in this revision, including pregnant women with hypothyroidism and hyperthyroidism, whose aim was to establish their fetal maternal complications and the relevance of an early diagnosis.

CONCLUSION: It was observed that thyroid dysfunctions are associated to some complications during gestation, and alteration in the fetal neurological development and that the fetal morbidity could be diminished by a diagnosis and a precocious treatment.

KEYWORDS: thyroid dysfunction pregnancy, thyroid disease pregnancy, hyperthyroidism, hypothyroidism.

INTRODUCCION

En la gestación puede observarse un agrandamiento de la glándula tiroides, aumento de la concentración de la globulina fijadora de tiroxina (GFT) y aumento de la concentración de tiroxina (T4) y triyodotironina (T3), pero a pesar del aumento de la concentración total de hormonas la fracción libre permanece normal con el consiguiente eutiroidismo de la gestante.⁽¹⁾

Las disfunciones tiroideas presentan una elevada incidencia en la clínica diaria, con un alto predominio en el sexo femenino, motivo por el cual no es raro encontrarlas durante el embarazo.⁽²⁾

El hipotiroidismo ocurre en el 2.5% de las gestantes mientras que el hipertiroidismo es considerado poco común con una incidencia aproximada del 0.2%.⁽³⁾

El diagnóstico de estas patologías se basa en un adecuado examen físico y la determinación de valores de T4 y T3 libre, tirotrófina (TSH), anticuerpos antimicrosomales y anticuerpos antireceptor de TSH.

El tratamiento médico es el de elección durante la gestación. En las pacientes con hipertiroidismo las drogas más utilizadas son derivados de tiouracil, siendo de primera elección propiltiouracilo 300 a 400 mg diarios, dividido en 3-4 tomas disminuyendo progresivamente la dosis de acuerdo a los controles hormonales.

En los casos de hipotiroidismo se debe suplementar con levotiroxina de acuerdo con los niveles de hormonas individuales.⁽¹⁾

OBJETIVOS

Determinar las complicaciones maternas y fetales de las disfunciones tiroideas durante el embarazo y la importancia de su diagnóstico temprano.

METODOS

Para la realización del presente trabajo nos basamos en la búsqueda de artículos científicos en revistas médicas a través de la base de datos Medline. Las palabras claves utilizadas fueron: thyroid dysfunction pregnancy, thyroid disease pregnancy, hyperthyroidism, hypothyroidism.

DESARROLLO

El hipotiroidismo materno es asociado con morbilidad materna y fetal y su falta de tratamiento, o el tratamiento inapropiado, se ha asociado con un pobre rendimiento en los test de inteligencia de sus descendientes.⁽⁴⁾

El riesgo de complicaciones maternas y fetales es mayor en hipotiroidismo manifiesto que en los casos de hipotiroidismo subclínico.⁽⁵⁾

En el estudio realizado por Goel y col.⁽⁶⁾ se analizó los registros de 30 pacientes embarazadas, de las cuales de acuerdo a los test de función tiroidea 12 tenían hipotiroidismo subclí-

nico, 10 eran eutiroides con terapia de reemplazo y 8 presentaban hipotiroidismo manifestado diagnosticado en el curso del embarazo. Se observó complicaciones maternas en 15 mujeres (50%) con hipertensión inducida por el embarazo en 10(33,3%), diabetes gestacional en 4(13,3%) y abrupcio placentae en 1(0,3%). Por otra parte 4 bebés (13,3%) tuvieron bajo peso al nacer y 6 (20%) tuvieron evidencias de sufrimiento fetal. Ningún bebé tuvo malformaciones congénitas y solo 4 (22,2%) de las 18 pacientes con hipotiroidismo requirieron pequeños incrementos en las dosis de tiroxina.

En otro estudio Casey y col.⁽⁷⁾ analizaron en forma prospectiva las consecuencias en el embarazo de mujeres con elevados niveles de TSH y niveles normales de T4 libre. De las 25756 mujeres estudiadas, 404 (2,3%) presentaban hipotiroidismo subclínico, en esta población fue tres veces más común la complicación con abrupcio placentae y la incidencia de parto pretérmino fue dos veces mayor.

Mitchell y Klein⁽⁸⁾ analizaron 62 mujeres con hipotiroidismo subclínico y 124 controles de las cuales 14 mujeres habían sido diagnosticadas y tratadas antes y durante el embarazo. Encontrando que el coeficiente intelectual de los hijos de los 124 controles y de las 14 madres hipotiroideas bajo tratamiento fue significativamente mayor que el de los hijos de las 48 mujeres no tratadas.

En un estudio realizado por Mirabella y col.⁽⁹⁾ para determinar la importancia de las hormonas tiroideas para el desarrollo visual humano se investigó la sensibilidad de contraste y la agudeza visual en 13 niños cuyas madres presentaban hipotiroidismo durante el embarazo, 16 pretérminos nacidos entre las 32 y 35 semanas de gestación, 12 niños con hipotiroidismo congénito y 20 niños sanos. Observándose una significativa reducción en la sensibilidad de contraste con normal agudeza visual en los hijos de madres hipotiroideas y en los niños con hipotiroidismo congénito.

En lo que respecta al hipertiroidismo, si bien este es poco común en el embarazo, los efectos tanto en el feto como en la madre son críticos en ausencia de tratamiento.⁽¹⁰⁾

De acuerdo a Rodien y col.⁽⁴⁾ el hipertiroidismo mayoritariamente representado por la enfermedad de Graves requiere un manejo multidisciplinario debido a las posibles complicaciones maternas, fetales y neonatales.

En un estudio Zhu y col.⁽¹¹⁾ evaluaron todos los niños nacidos de madres con enfermedades tiroideas autoinmunes en los hospitales de zhejiang desde julio de 2001 a junio del 2003 tomando como grupo de control a todos los neonatos nacidos de madres sin enfermedad tiroidea en esos hospitales durante el mismo periodo. Se observó una menor habilidad so-

cial, adaptativa, motora gruesa y fina en los niños del primer grupo en comparación con los del grupo de control. Por otra parte los hijos de mujeres con tiroiditis de Hashimoto tenían una habilidad adaptativa y motora fina significativamente menor que la de los hijos de mujeres con enfermedad de Graves.

Según Mandel y col.⁽¹²⁾ las mujeres con enfermedad tiroidea autoinmune previa al embarazo tienen aumentado el riesgo de insuficiencia tiroidea durante la gestación y de tiroiditis posparto.

Lazarus⁽¹³⁾ refiere que los anticuerpos anti-peroxidasa están presentes en el 10% de las mujeres a las 14 semanas de gestación asociándose con un aumento de los fracasos en la gestación, de la incidencia de disfunción tiroidea y de la predisposición para tiroiditis posparto. Además establece que la disfunción tiroidea posparto ocurre en el 50 % de las mujeres en las que se encontró anticuerpos anti-peroxidasa en etapas tempranas del embarazo y que existe una alta incidencia (25-30%) de hipotiroidismo permanente en las mismas.

CONCLUSIONES

De los estudios analizados se deduce que las disfunciones tiroideas tendrían importantes consecuencias tanto en el feto como en la madre, asociándose a complicaciones durante la gestación y a alteraciones en el desarrollo neurológico fetal. Un diagnóstico precoz y el adecuado tratamiento de estas patologías puede disminuir drásticamente la morbilidad fetal de ahí la importancia de la realización de un screening temprano.

AGRADECIMIENTO

Al Profesor Leonardo Herrera, por su colaboración en las traducciones que permitieron la confección de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Votta RA, Parada OH. Compendio de obstetricia. 5ta Ed. Buenos Aires: López libreros editores SRL, 1995: 7, 211-215.
2. Schwarcz RL, Duvergos CA, Díaz AG, Fascina RH. 6ta Ed. Buenos Aires: El ateneo, 2001: 320-324.
3. Lazarus JH, Premawardhana LD. Screening for thyroid disease in pregnancy. C Pathol 2005, 58(5): 449-452.
4. Rodien P, Coutant R, Vasseur C, Bourdelot A, Laboureaux S, Rohmer V. Thyroid dysfunction and pregnancy. Rev Prat 2005, 55(2):174-179.
5. Lefranchi SH, Haddow JE, Hollowell JG. Is thyroid inadequacy during gestation a risk factor for adverse pregnancy and developmental outcomes?. Thyroid 2005, 15(1): 60-71.
6. Goel P, Radotra A, Devi K, Malhotra S, Aggarwal A, Huria A. Maternal and perinatal outcome in pregnancy with hypothyroidism. Indian J Med Sci 2005, 59(3):116-117.
7. Casey BM, Dashe JS, Wells CE, et al. Subclinical Hypothyroidism and pregnancy outcomes. Obstet Gynecol 2005, 105(2): 239-245.

8. Mitchell MI, Klein RZ. The sequelae of untreated maternal hypothyroidism. *Eur J Endocrinol* 2004, 151(3): 45-48.
9. Mirabella G, Westall CA, Asztalos E, Perlman K, Koren G, Rovert J. Development of contrast sensitivity in infants with prenatal and neonatal thyroid hormone insufficiencies. *Pediatr Res* 2005, 57(6): 902-907.
10. Lazarus JH. Thyroid disease in pregnancy and childhood. *Minerva Endocrinol* 2005, 30(2): 71-87.
11. Zhu H, Zhao ZY, Jiang YS, et al. Multifactorial analysis of effects of mothers' autoimmune thyroid disease on their infants' intellectual development. *Zhonghua Erke Za Zhi* 2005, 43(5): 340-344.
12. Mandel SJ, Spencer CA, Hollowell JG. Are detection and treatment of thyroid insufficiency in pregnancy feasible?. *Thyroid* 2005, 15(1): 44-53.
13. Lazarus JH. Thyroid disorders associated with pregnancy: etiology, diagnosis, and management. *Treat Endocrinol* 2005, 4(1): 31-41.