



HIPOTIROIDISMO Y GESTACIÓN

Enfermedad caracterizada por la disminución de la actividad funcional de la glándula tiroidea y el descenso de secreción de hormonas tiroideas; ya sea por déficit primario de la glándula o secundario asociado a alteraciones hipotálamo - hipofisarias provocando una disminución del metabolismo basal y otras alteraciones a nivel sistémico.

FISIOLOGÍA TIROIDEA Y EMBARAZO

- Las necesidades maternas y fetales de hormonas tiroideas hacen que su producción aumente entre un 30 - 50% antes de las 20 semanas.
- Existe un aumento de hasta 50% de los requerimientos de yodo, aumenta la vascularización y el crecimiento de la glándula tiroidea.



CAMBIOS FISIOLÓGICOS:

- Aumento en la concentración de Hormona Coriónica Humana (hCG).
- Aumento de la globulina fijadora de tiroxina (TBG) asociado al incremento de estrógenos gestacionales.
- Cambio en el metabolismo del yodo.

CRIBADO DE ENFERMEDAD TIROIDEA A LAS GESTANTES



Recomiendan realizar el cribado universal de disfunción tiroidea en el 1er. trimestre (10 - 12 semanas) del embarazo mediante la determinación de TSH y T4L

SEGO
Sociedad Española de
Ginecología y Obstetricia



- Antes de la semana 7, los niveles de la gonadotropina coriónica (β -hCG) son más bajos, por los que la TSH aún no estará suficientemente inhibida, y sus valores estarán más próximos a los de la población no gestante.
- Después de la semana 12, el efecto de la β -hCG disminuye y el valor de la TSH vuelve a subir de manera gradual hasta alcanzar los valores de normalidad de la población no gestante. Por lo que hacerla antes de las 7 semanas o después de las 12 semanas disminuirá la sensibilidad en el diagnóstico.

HIPOTIROIDISMO DURANTE LA GESTACIÓN:



Se caracteriza por aumento de los niveles de TSH y una disminución de los niveles de T4 libre (T4L).



INCIDENCIA:

- Los trastornos tiroideos son la segunda causa de alteraciones endocrinológicas en el embarazo; la 1era. causa es la **Diabetes Gestacional**.
- El hipotiroidismo afecta al 0.2 a 1 % de todas las gestaciones.
- El hipotiroidismo clínico afecta 1 a 10 por cada 1.000 embarazos; mientras que el espectro subclínico se puede presentar en 2 al 5%.



CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO:

- **Tiroiditis de Hashimoto** (tiroiditis linfocitaria crónica): causa más frecuente. Ac. Anti-TPO positivos.
- **Secundario a tratamiento ablativo** (farmacológico o quirúrgico): segunda causa de hipotiroidismo en mujeres en edad reproductiva.



- **Farmacológico:** antitiroideos, amiodarona, inductores enzimáticos, sulfato ferroso, sucralfato, colestiramina, hidróxido de aluminio e inmunomoduladores.
- **Déficit de yodo:** especial importancia en zonas endémicas
- **Otras causas:** tiroiditis aguda, tiroiditis subaguda dolorosa, tiroiditis silente indolora o linfocitaria transitoria.

IMPORTANCIA DURANTE LA GESTACIÓN:

Existe estrecha relación entre hipotiroidismo no controlado y alteraciones en el neurodesarrollo fetal; así mismo aquellas pacientes con esta patología tendrán mayor riesgo a pérdida fetal, alteraciones estructurales, anemia, preeclampsia, DPP, hemorragia posparto y bajo peso al nacer

SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS

Las manifestaciones clínicas durante la gestación son similares a la población no gestante; muchos de los síntomas pueden atribuirse a la gestación (edema, palidez cutáneo mucosa, anemia, aumento de peso, sensibilidad al frío, sangrado, disnea de esfuerzo, constipación/estreñimiento) pudiendo de esta manera pasar inadvertidos.



DIAGNÓSTICO:

La disminución de T4 libre y el aumento de la TSH sérica son los criterios para diagnosticarlo. Hemos de tener en cuenta que, como se ha explicado anteriormente, durante la gestación los niveles normales de TSH y T4 total se ven alterados, por lo que se adjunta una tabla con los rangos normales de referencia.

TRIMESTRE	TSH	T4 total	T4L
Primero	0,1-2,5 mUI/l	5-12mcg/dl	Valor pregestacional
Segundo	0,2-3 mUI/l	7.5-18 mcg/dl	Valor pregestacional
Tercero	0,3-3 mUI/l	7.5-18 mcg/dl	Valor pregestacional

- **Hipotiroidismo clínico:**
 - ↑ TSH sérica ($> 4 \mu\text{UI}/\text{mL}$) + T4L disminuida.
 - TSH $> 10 \mu\text{UI}/\text{mL}$, independientemente de la T4L.
- **Hipotiroidismo subclínico:**
 - ↑ TSH ($> 4 \mu\text{UI}/\text{mL}$) + T4L normal.
 - (Realizar anti - TPO si TSH $> 4 \mu\text{UI}/\text{mL}$)

TRATAMIENTO:



Hipotiroidismo clínico: El objetivo principal es normalizar la función tiroidea lo más rápidamente posible.

La pauta de tratamiento recomendada es la administración de **LEVOTIROXINA**.

Iniciar con dosis altas ($2-2,4 \mu\text{g}/\text{kg}/24\text{h}$, que suele corresponder aproximadamente a $150 \mu\text{g}/24\text{h}$) durante la primera semana con el objetivo de normalizar la función tiroidea en poco tiempo; Posteriormente se deberá reducir la dosis a $1,6 \mu\text{g}/\text{kg}/24\text{h}$.

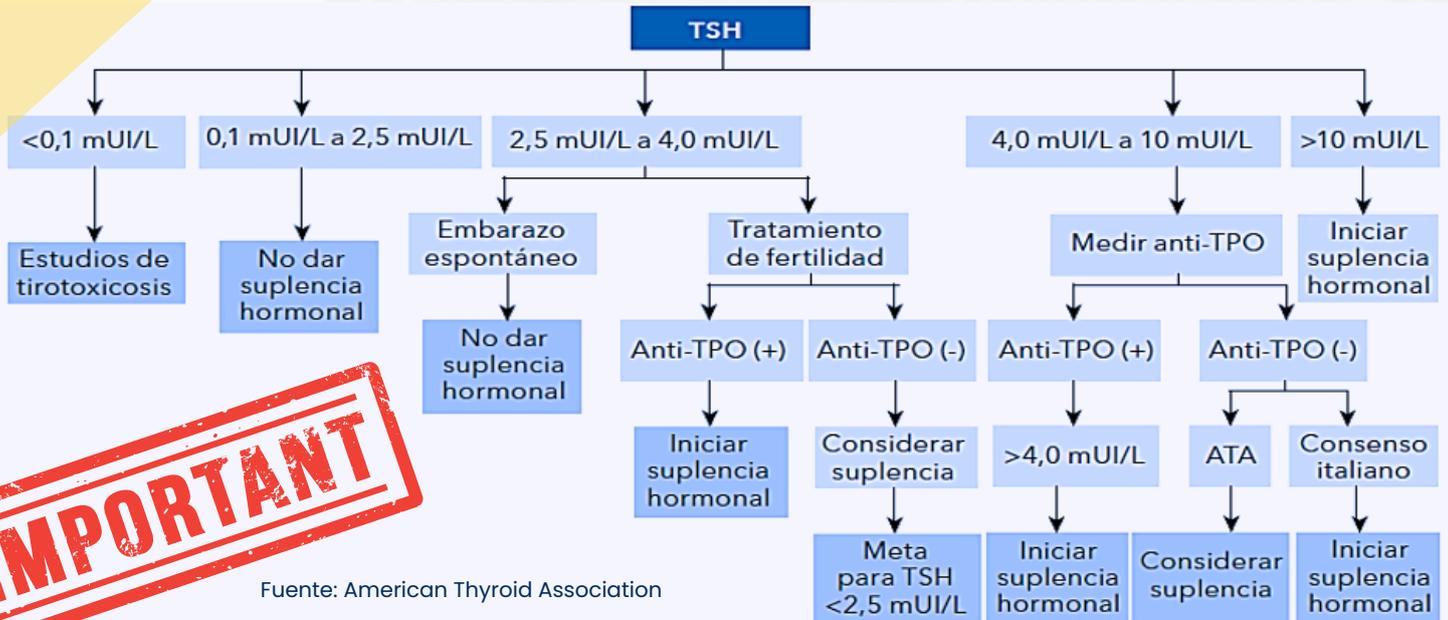
En cuanto al **hipotiroidismo subclínico** actualmente, no hay pruebas de que la identificación y el tratamiento del hipotiroidismo subclínico con TSH $<10 \mu\text{UI}/\text{ml}$ durante el embarazo mejore el coeficiente intelectual de la descendencia.

No obstante, en casos de TSH $>4 \mu\text{UI}/\text{ml}$ y anticuerpos antitiroideos positivos que han recibido tratamiento con levotiroxina, se ha demostrado una reducción de las pérdidas fetales y los partos pretérmino

Se recomienda tratamiento en hipotiroidismo subclínico:

- TSH $>10 \mu\text{UI}/\text{ml}$.
- TSH $>4 \mu\text{UI}/\text{ml}$ con Ac anti-TPO o Ac anti-tiroglobulina positivos.

ALGORITMO DE TRATAMIENTO:



IMPORTANT

- Se aconseja tomar el medicamento en ayunas y posteriormente esperar mínimo 30 minutos para la ingesta de comidas.
- Separar 4 - 6 hr la toma de levotiroxina con medicamentos como sulfato ferroso ya que disminuye la absorción de la misma
- Las dosis de aumento de levotiroxina deben ser de 25 - 50 µg.



MANEJO DE LA GESTACIÓN:

- **Pruebas de función tiroidea** Repetir 30 - 40 días luego del inicio del tratamiento; luego cada 4-6 semanas hasta la semana 20 para posteriormente hacer una nueva toma por trimestre.
- **Ultrasonidos:** de forma habitual; en aquellas con mal control se debe extremar medidas de seguimiento y reevaluar al feto, índice de líquido amniótico y Doppler regularmente.
- **En el puerperio:**
 - **En hipotiroidismo clínico:**
 - Paciente con diagnóstico previo a la gestación, se debe mantener las dosis pregestacionales de levotiroxina posterior al parto / cesárea.
 - Paciente con diagnóstico durante la gestación: se disminuye 25% la dosis y posteriormente control de niveles de TSH en 6 - 8 semanas (Riesgo de tiroiditis posparto hasta 50%).
 - **En hipotiroidismo subclínico:**
 - Si la paciente consumía < 50 µg de levotiroxina durante la gestación: se suspende y se reelvalúan hormonas tiroideas 3 a 6 meses posparto.
 - Si la paciente consumía > 50 µg de levotiroxina, se mantiene tratamiento.



BIBLIOGRAFÍA