

Tiroides y embarazo

La patología tiroidea es la segunda alteración endocrina en frecuencia que se da en la mujer en edad reproductiva. La función tiroidea se ve afectada durante la gestación y cualquier alteración tiroidea puede manifestarse por vez primera durante la gestación y verse agravada si recibe un aporte insuficiente de yodo. Los cambios propios de la gestación pueden simular patología tiroidea. Al comienzo de la gestación se puede dar un cuadro de disfunción tiroidea transitoria que no precisa tratamiento. La disfunción tiroidea puede afectar tanto a la fertilidad como a la evolución de un embarazo, la salud fetal y el bienestar del RN y de la madre en el postparto. Es importante un buen control por parte del endocrino y el ginecólogo. Durante el embarazo aumenta la actividad metabólica y para ello el tiroides aumenta su producción hormonal por lo que debe así mismo incrementarse la ingesta de Yodo . La glándula tiroidea aumenta de tamaño un 10% si la ingesta de yodo es correcta y un 20-40% si es deficitaria provocando en la mujer Bocio. Esta situación en mujeres normotiroideas no se ve afectada pero en aquéllas con una reserva tiroidea limitada o un aporte insuficiente de yodo da lugar a la aparición de hipotiroidismo. Desde los primeros días el embrión necesita hormonas tiroideas que son aportadas por la madre. La maduración cerebral fetal depende exclusivamente de la hormona tiroidea materna hasta la semana 20. Los cuadros clínicos que se pueden dar durante la gestación son: 1.HIPOTIROIDISMO. (0,3-0,7%) La causa más frecuente es Tiroiditis de Hashimoto, de origen autoinmune. (5-10% de gestantes). Cursa con anticuerpos positivos y el 75% de las pacientes están eutiroideas (función tiroidea normal). La segunda causa más frecuente es la derivada tras tratamiento ablativo de la glándula tiroidea por hipertiroidismo previo, bien sea con cirugía como con I131. Otras posibles causas son debidas a la toma de determinados fármacos como los anti-tiroideos, inductores enzimáticos, colestiramina y sulfato ferroso (alteran absorción intestinal), Inmunomoduladores entre otros. Y por último en determinadas zonas endémicas debido al déficit de Yodo, que suele cursar con hipotiroidismo subclínico. Clínicamente se manifiesta en la mujer por una disminución de la actividad metabólica, cursando con debilidad, estreñimiento, intolerancia al frío, calambres musculares, caída del pelo, piel seca básicamente aunque hasta un tercio de las pacientes pueden estar asintomáticas. A nivel fetal, el hipotiroidismo no tratado conlleva un aumento de complicaciones como hipertensión, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia postparto y fetos pequeños para su edad gestacional y se asocia a alteración en el desarrollo neurológico fetal con déficit motor y cognitivo, y aumento de la mortalidad perinatal, abortos y fetos muertos anteparto. Por ello la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y de Ginecología y Obstetricia recomiendan realizar un cribado universal precoz (antes de la semana 10) realizando una determinación de TSH Cuando la mujer es tratada desde el inicio de su gestación, se ha demostrado una disminución de todas estas complicaciones. Es importante establecer un diagnóstico previo a la gestación o en el inicio de la misma mediante determinación niveles hormonales de TSH y T4L. La fertilidad se encuentra

disminuida en estas pacientes y a menudo presentan períodos de amenorrea (ausencia de menstruación). Lo ideal es la realización de un diagnóstico antes de la concepción y en las pacientes con diagnóstico hipotiroidismo ajustar la dosis hormonal hasta alcanzar niveles óptimos de TSH antes de embarazarse. Durante el embarazo será preciso realizar controles periódicos de los niveles de hormonas tiroideas para así ajustar las dosis de Levotiroxina (fármaco para el tratamiento del hipotiroidismo) y en el postparto a las 6 semanas de forma preventiva la ingesta de yodo debe incrementarse en 250 microgr/día tanto en el período preconcepcional como en la gestación y lactancia materna con el fin de que el tiroides materno incremente la producción hormonal (300 microgramos por día si gestación múltiple). La leche materna aporta 100 microgramos al día de Yodo al lactante.

2. HIPERTIROIDISMO. Poco frecuente durante la gestación. (0,2%). Tiene un buen pronóstico materno fetal si se diagnostica y trata de forma precoz. Cursa con un cuadro de hiperactividad generalizada: Nerviosismo, insomnio, temblor, taquicardia, palpitaciones, diarrea, HTA, sudoración, intolerancia al calor, pérdida de peso, onicolisis. Adicionalmente en la enfermedad de Graves Basedow exoftalmos y se sospecha en una paciente embarazada con ausencia o pérdida ponderal y taquicardia en reposo. La fertilidad no se ve afectada y el cuadro no empeora con la gestación. Aumenta el riesgo de prematuridad, mortalidad perinatal, aborto, estados Hipertensivos del embarazo, Crecimiento intrauterino retardado, desprendimiento prematuro de placenta, fallo cardíaco y hepatoesplenomegalia. Al igual que en el hipotiroidismo, es importante establecer un diagnóstico y tratamiento preconcepcional con cirugía o ablación con I131 recomendando gestación en el momento en que se consigue una normal función tiroidea. Durante la gestación se recomienda el empleo de fármacos antitiroideos y se reserva la práctica de tiroidectomía en el 2º o 3er Trimestre a los casos que no responden a tratamiento médico a altas dosis o presenta hipotiroidismo fetal a las dosis eficaces maternas. La ganancia ponderal y el control de la taquicardia materna son dos buenos marcadores de la respuesta materna. Hasta 1-5% de pacientes con hipertiroidismo debido a Enfermedad de Graves-Basedow tienen RN con hipertiroidismo por lo que se realiza analítica a los RN para valorar su función tiroidea e instaurar tratamiento de la forma más precoz si así lo precisa.

3. TIROIDITIS POSTPARTO. Ocurre en el primer año postparto en una mujer eutiroides previamente debido a una alteración autoinmune asociada a la presencia de Anticuerpos . Antitiroideos . Su presencia al inicio de la gestación a títulos altos predice en un 40-50% de los casos el desarrollo de tiroiditis postparto. Es más frecuente en mujeres con otras alteraciones autoinmunes como diabetes tipo I, Lupus y enfermedad de Graves por lo que se aconseja en estas pacientes realizar determinaciones de TSH a los 3 y 6 meses postparto y recurre en el siguiente embarazo en un 70%. Inicialmente cursa con un cuadro de hipertiroidismo asintomático en los primeros 4 meses postparto, se resuelve al mes y no requiere tratamiento. Posteriormente cursa con hipotiroidismo a los 4-8 meses postparto con riesgo de desarrollar hipotiroidismo permanente en un 20-50 % de los casos.

NÓDULO Y CÁNCER DE TIROIDES. Entre el 3 y 21 % de los embarazos cursan con nódulos tiroideos siendo la probabilidad de malignizar entre un 5-30%. Pueden ser de novo o preexistentes con aumento de su tamaño. Se debe realizar una eco tiroidea para determinar las características ecográficas del mismo y ante la sospecha de malignidad habrá que realizar una punción. Ante el diagnóstico de nódulo maligno se debe realizar cirugía la cual puede ser diferida al puerperio si se trata de una cáncer de tiroides bien diferenciado realizando controles ecográficos trimestralmente o durante la gestación en el caso de un carcinoma medular y anaplásico. La gestación no altera el pronóstico del cáncer de

tiroides. Artículo escrito por Dra. Monfort Quintana para Namunvida

Link to Original article: <https://www.namunvida.es/blog-1/tiroides-y-embarazo?elem=322614>