

El hipotiroidismo y el embarazo

Luis Raúl Ruiz, MD

Especialista en Endocrinología
 Presidente Electo, Sociedad Puertorriqueña
 de Endocrinología y Diabetología
 Práctica Privada de Endocrinología Ponce y Cayey



Aspectos generales

La glándula tiroides es la primera glándula en formarse y se deriva embriológicamente de la bolsa de Rathke migrando hacia la parte anterior del cuello. Raramente pueden observarse tiroides ectópicas (prevalencia: 1/7000), siendo las presentaciones más comunes la lingual y sublingual.

La función tiroidea es formar las hormonas tiroideas tiroxina (T4, levotiroxina) y triyodotironina (T3) y segregarlas al torrente sanguíneo para que lleguen a los tejidos del cuerpo. La producción de T3 y T4 está influenciada por la pituitaria que segrega TSH y por el hipotálamo que segrega TRH. Entre ellas existe un sistema de retroalimentación negativo. Las hormonas tiroideas ayudan al cuerpo a utilizar energía, a regular la temperatura corporal y el metabolismo basal, y a un normal funcionamiento del cerebro, el corazón, los músculos y otros órganos.

Cambios hormonales en un embarazo normal

Un embarazo normal conlleva una serie de cambios fisiológicos y hormonales, incluyendo también la función tiroidea. Por ello, las pruebas de laboratorio de función tiroidea deben ser interpretadas cuidadosamente durante el embarazo. Estas pruebas cambian durante el embarazo por la influencia de dos hormonas principales: la gonadotropina coriónica humana (hCG, la hormona que se mide en la prueba del embarazo) y el estrógeno (la principal hormona femenina).

La hCG puede estimular a la glándula tiroides en forma leve. Los niveles altos de hCG circulante en el

primer trimestre pueden resultar en una disminución ligera de TSH. Típicamente, la TSH en el primer trimestre estará normal o ligeramente baja y, luego, permanecerá normal durante el resto del embarazo.

Por otro lado, el estrógeno aumenta la cantidad de proteínas fijadoras de hormonas tiroideas en el suero, lo cual aumenta los niveles totales de hormona tiroidea en la sangre, ya que más del 99% de estas hormonas en la sangre están unidas a estas proteínas. Sin embargo, la medición de la hormona “libre” (la que no está unida a proteínas, que representa la forma activa de la hormona) por lo general permanece normal. El funcionamiento tiroideo es normal durante el embarazo cuando las hormonas TSH, T4 libre y T3 libre están en campo normal.

Deficiencia de yodo y bocio en la gestación

También durante el embarazo la glándula tiroides puede aumentar de tamaño (bocio). Sin embargo, los bocios asociados al embarazo ocurren con mucha más frecuencia en aquellos lugares del mundo donde hay deficiencia de yodo. Esto es poco común en territorios de los Estados Unidos donde se considera hay suficiente yodo en la alimentación.

Utilizando técnicas de imagen muy sensibles (ultrasonido), es posible detectar el aumento del volumen tiroideo en algunas mujeres. Por lo general, este aumento es del 10% al 15% y no es aparente en el examen físico médico. Sin embargo, a veces se puede desarrollar un bocio significativo que requiera pruebas de función tiroidea.

Interacción entre la función tiroidea de la madre y del niño

Durante las primeras 10 a 12 semanas del embarazo, el bebé depende completamente de la madre para la producción de hormonas tiroideas. Al final del primer trimestre, la tiroides del bebé comienza a producir hormona tiroidea por sí sola. La Organización Mundial de la Salud recomienda un consumo de yodo de 200 microgramos al día durante el embarazo para mantener una producción adecuada de hormonas tiroideas. La dieta normal en los Estados Unidos contiene suficiente yodo (ya que la sal está yodada) de modo que rara vez es necesario tomar suplementos. Aun así, sabemos que las vitaminas prenatales también contienen yodo.

Causas de hipotiroidismo en el embarazo

En general, la causa más frecuente de hipotiroidismo es un trastorno autoinmune, la tiroiditis de Hashimoto. El hipotiroidismo también puede ocurrir durante el embarazo debido a un tratamiento inadecuado en una mujer con historia previa de hipotiroidismo, o por otras causas como un sobretreatmento en una mujer hipertiroidea con medicación antitiroidea. Cerca del 2,5% de las mujeres durante el embarazo tendrán una TSH ligeramente elevada (sobre 6 mUI/L) y el 0,4% de las gestantes tendrán una TSH sobre 10 mUI/L.

Riesgos del hipotiroidismo para la madre

El hipotiroidismo no tratado, o inadecuadamente tratado, se asocia con anemia, miopatía, mialgias, insuficiencia cardíaca congestiva, preeclampsia, anomalías de la placenta, niños de bajo peso al nacer y hemorragia en el postparto. Incluso puede haber abortos espontáneos y/o partos prematuros.

Estas complicaciones pueden ocurrir con mayor frecuencia en mujeres con hipotiroidismo severo. La mayoría de las mujeres con hipotiroidismo leve suelen no tener ningún síntoma o atribuirán al embarazo los síntomas que pudieran tener.

Riesgos del hipotiroidismo materno para el bebé

La hormona tiroidea es crítica para el desarrollo cerebral del bebé. Los niños nacidos con hipotiroidismo congénito (que carecen de función tiroidea al nacer) pueden tener anomalías severas cognitivas, neurológicas y del desarrollo si la condición no es reconocida

ni tratada prontamente. Estas anomalías del desarrollo pueden prevenirse cuando se reconoce la enfermedad y esta se trata inmediatamente después del nacimiento. Por ello, a todo recién nacido en los Estados Unidos se le hace un examen para la detección del hipotiroidismo congénito. Cuando esto se detecta, se da tratamiento con hormona tiroidea tan pronto como sea posible.

El efecto del hipotiroidismo materno en el desarrollo del cerebro del bebé no es tan claro. El hipotiroidismo severo no tratado en la madre puede conducir al desarrollo alterado del cerebro en el bebé. Esto se ve principalmente cuando el hipotiroidismo materno se debe a deficiencia de yodo, lo cual también afecta al bebé. Sin embargo, estudios recientes han sugerido que se pueden ver ciertas anomalías leves del desarrollo cerebral en niños nacidos de madres que tenían hipotiroidismo leve, no tratado durante el embarazo. De hecho, estudios aún más recientes han vinculado el hipotiroidismo subclínico no tratado adecuadamente con el espectro de autismo.

En la actualidad no hay una opinión unánime sobre la necesidad de hacer un examen para la detección de hipotiroidismo en todas las mujeres gestantes. Sin embargo, algunos médicos recomiendan medir los niveles de TSH, o bien antes de quedar embarazada (consejo preembarazo) o tan pronto se confirme el embarazo. Esto es particularmente cierto en mujeres con alto riesgo de enfermedad tiroidea, como son aquellas que han sido previamente tratadas por hipertiroidismo, con una historia familiar positiva de enfermedad tiroidea y aquellas mujeres con bocio.

Sin duda, una mujer con historia de hipotiroidismo debe tener una prueba de TSH una vez que se confirme el embarazo, ya que los requerimientos de hormona tiroidea aumentan durante el embarazo, lo cual generalmente requiere un aumento de la dosis de levotiroxina. Si la TSH es normal, típicamente no se requiere más control. Este asunto debe ser discutido con el médico, en particular cuando se está planeando un embarazo. Una vez que se ha detectado hipotiroidismo, la mujer debe tratarse con levotiroxina para normalizar los valores de TSH y T4 libre.

Tratamiento de una mujer con hipotiroidismo durante el embarazo

El tratamiento del hipotiroidismo en una mujer embarazada es el mismo que para una mujer no embarazada o que para un hombre, es decir, reemplazo adecuado de hormona tiroidea en la forma de levotiroxina (T4) sintética.

Es importante hacer notar que los requerimientos de levotiroxina con frecuencia aumentan durante el embarazo, a veces en un 25% a un 50%. Ocasionalmente, la dosis de levotiroxina puede duplicarse. Idealmente, la dosis de levotiroxina debe optimizarse en las mujeres hipotiroideas antes de quedar embarazadas.

En las mujeres con hipotiroidismo se debe medir la función tiroidea tan pronto como se detecte el embarazo, y la dosis debe ser ajustada por el médico según sea necesario para mantener la TSH en el rango normal. Las pruebas de función tiroidea deben repetirse cada 6 a 8 semanas durante el embarazo para asegurarse de que la mujer tenga una función tiroidea normal durante toda la gestación. Si es necesario un cambio en la dosis de levotiroxina, las pruebas de función tiroidea deben repetirse 4 semanas más tarde.

Tan pronto como el niño nace, la mujer puede volver a la dosis de levotiroxina que usualmente tomaba antes del embarazo. Es importante también reconocer que las vitaminas prenatales contienen hierro y calcio, que pueden impedir la absorción de la hormona tiroidea desde el tracto gastrointestinal. En consecuencia, la levotiroxina y las vitaminas prenatales no deben tomarse al mismo tiempo y deben estar separadas por los menos por 2-3 horas. Además, la mujer embarazada con hipotiroidismo debe tomar el medicamento (de preferencia de la misma marca) en ayunas y siempre más o menos a la misma hora.

Comentario

En conclusión, el hipotiroidismo durante el embarazo es bastante común y se debe hacer un cernimiento adecuado determinando TSH y un ajuste del medicamento hasta que la prueba de TSH esté en un valor de 2 mUI/L o menos. 



“PRESICIÓN Y PROFESIONALISMO SON NUESTRO COMPROMISO”



- Hato Rey
- Condado
- Caguas
- Humacao
- Ponce
- Dorado
- Arecibo
- Cupey

- TIROIDE
- NÓDULOS EN MAMA
 - Pruebas de Inmunohistoquímica “in-house”
 - Marcadores Prognósticos (CER, PR, HER-2, Neu)
- PRUEBAS ANCILARES
 - Niveles de Tiroglobulina
 - PTH
- GLÁNDULAS SALIVARES
- NÓDULOS LINFÁTICOS
- CITOMETRÍA DE FLUJO
- NÓDULOS SUPERFICIALES
- TEJIDO BLANDO
- CULTIVOS

PARA CITAS LLAME AL (787) 723-2355