

Hipotiroidismo antes, durante y después del embarazo

Las enfermedades de la glándula tiroides son comunes durante el embarazo. Alrededor de 300,000 embarazos son afectados por problemas en dicha glándula cada año en los Estados Unidos.

Si embargo, el diagnóstico de hipotiroidismo franco (TSH elevado con T4 libre bajo) durante el embarazo es poco usual, ocurre en apenas un 0.3-0.5 por ciento de las mujeres a quienes se les hace cernimiento. Este hallazgo es influenciado por dos factores; por ciclos anovulatorios en algunas de ellas dificultando así, por ende, quedar embarazadas y la asociación de hipotiroidismo no tratado o descontrolado con un aumento en riesgo de abortos espontáneos en el primer trimestre.

El hipotiroidismo subclínico (TSH elevado y T4 libre normal), por otro lado, es más común, ocurriendo así en un 2.0 a 2.5 por ciento de las mujeres embarazadas en Estados Unidos.

Los síntomas de hipotiroidismo NO TRATADO O INADECUADAMENTE TRATADO durante el embarazo son similares a los de los pacientes que tienen la condición que no están embarazadas. Estos son: cansancio, enlentecimiento de pensamiento y movimientos, intolerancia al frío, ganancia de peso (principalmente por retención de líquidos y hasta un 10% del peso usual del paciente), caída de cabello, engrosamiento de cabello y piel, hinchazón de la cara, agrandamiento de la lengua y ronquera como consecuencia de acumulación de sustancias llamadas glucosaminoglicanos en los tejidos. También enlentecimiento del ritmo cardíaco y, en casos severos, acumulación de líquido alrededor del corazón por ende fatiga al esfuerzo físico y una capacidad de hacer ejercicio disminuida. La falta de aire también puede ser secundaria a debilidad de los músculos respiratorios (lo cual se puede ocurrir en todos los músculos del cuerpo, especialmente los brazos y muslos) y a nivel del cerebro se puede afectar la respuesta del centro de respiración. Hipertensión, hipercolesterolemia, dolores musculares y en las articulaciones, neuropatías, estreñimiento, hígado graso y anemia también pueden ocurrir.

El hipotiroidismo no tratado o descontrolado durante el embarazo se ha asociado a un aumento en riesgo de desarrollar complicaciones tales como: preeclampsia, hipertensión gestacional, abrupto placenta, alteraciones en el ritmo cardíaco fetal, parto prematuro, bajo peso del neonato, aumento en tasa de cesáreas, hemorragia post parto, aumento en morbilidad y mortalidad perinatal y alteraciones cognitivas y neurológicas en el niño.

Cuando una mujer ya diagnosticada y tratada para hipotiroidismo está en edad reproductiva, planificando quedar embarazada la recomendación es mantener su TSH menor o igual a 2.5mIU/L. Se le debe comenzar diariamente un suplemento vitamínico que contenga 150 ug de yodo, así como el contenido en las vitaminas pre natales.

Hacer las pruebas de tiroide al principio de un embarazo está indicado cuando hay historial (personal o familiar) de hipo o hipertiroidismo, síntomas de disfunción de la glándula de tiroides, presencia conocida de anticuerpos contra la tiroides o agrandamiento evidente de la glándula tiroides, haber tenido historial de radiación al cuello, cirugía previa de tiroides, Diabetes Tipo 1 u otra enfermedad autoinmune, tener 30 años o más, historial de abortos recurrentes, partos prematuros, historial de embarazos

múltiples (2 o más), obesidad mórbida, uso de medicamentos como Amiodarone o Litio, administración reciente de contraste radiológico con yodo o residir en un área con insuficiencia de yodo. No hay un consenso en hacerlo como una prueba de rutina aunque es una práctica común.

Aproximadamente, de un 50 a un 85% de las mujeres con hipotiroidismo tratadas con Levotiroxina, requieren un aumento en la dosis durante un embarazo. La Levotiroxina (LT4) es crucial para el desarrollo del cerebro y sistema nervioso central del feto.

La dosis de hormona de tiroide se debe aumentar tan pronto falta el período o se confirma el embarazo. La recomendación es utilizar 1 tableta adicional 2 días a la semana o aumentar en un 20 a 30% la dosis en uso, pues no es hasta la semana 10 de gestación que la glándula del feto se ha formado y, aún después de formada, la producción de hormona no es suficiente.

El nivel de TSH (hormona estimuladora de tiroides por sus siglas en inglés) debe de ser reevaluado cada 4 semanas durante el embarazo a toda aquella mujer tratada con Levotiroxina y a mujeres a alto riesgo de desarrollar hipotiroidismo durante el embarazo (mujeres con función normal de tiroides pero con anticuerpos contra tiroglobulina y/o anti peroxidasa de tiroides, que tengan historial de cirugía parcial de tiroides o que hayan sido tratadas con yodo radioactivo).

La recomendación de la Asociación de Tiroide Americana es realizar el TSH que sea ajustado al trimestre gestacional y a la población específica (donde está así disponible) pues estas pruebas varían por raza. En Puerto Rico, lamentablemente no se ha establecido el nivel para la población pero sí para los trimestres. Esto debe de ser especificado en la orden para el laboratorio pues no se hace de forma rutinaria.

¿Qué debemos de hacer después del parto con la terapia Levotiroxina? El tratamiento debe de ser reducido a la dosis que utilizaba la paciente antes de quedar embarazada si estaba controlada y el TSH repetido 6 semanas post parto para asegurarnos de que mantenga el control una vez la demanda ha disminuido.

Siempre hay que recordar que estas son guías y que cada paciente debe de ser tratado de forma individual basado en la respuesta a las mismas.

Author
analugaro