

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 en los que no se ovula, en algunas de ellas dificultando así 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), alteración de los reflejos, caída de cabello, engrosamiento de cabello y piel, hinchazón de la cara, agrandamiento de la lengua y ronquera.

Desde el punto de vista cardiovascular se pueden ver afectados tanto la contractilidad y el ritmo. Por tal motivo, las pacientes pueden presentar fatiga al esfuerzo físico y una capacidad de hacer ejercicio disminuida. En casos de hipotiroidismo severo pueden presentar también con acumulación de líquido alrededor del corazón. La falta de aire también puede ser debido a debilidad de los músculos respiratorios. Esa debilidad puede ocurrir en todos los músculos del cuerpo.

Hipertensión, hipercolesterolemia, dolores musculares y articulaciones, neuropatías, estreñimiento, hinchado graso, anemia (por deficiencia en hierro en mujeres de edad reproductiva por aumento en flujo menstrual o por disminución) pueden verse también si el hipotiroidismo no está adecuadamente tratado o no ha sido diagnosticado.

El hipotiroidismo no tratado o descontrolado durante el embarazo se ha asociado a un aumento en riesgo de desarrollar complicaciones tales como: preeclampsia, hipertensión, desprendimiento de la placenta, alteraciones en el ritmo cardíaco fetal, parto prematuro, bajo peso del recién nacido, aumento en tasa de cesáreas, hemorragia post parto, aumento en morbilidad y mortalidad perinatal y alteraciones en el desarrollo neurológico 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 las vitaminas prenatales.

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 bocio evidente, 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 Amiodarone o Litio, administración reciente de contraste radiológico yodado 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. El aumento en demanda comienza desde la semana 4 a 6 de gestación y puede llegar a ser de un 40 a un 50% más que los requisitos previos al embarazo. Este aumento en requisito de la hormona ocurre aproximadamente hasta la semana gestacional 16 a la 20.

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 positivos, que tengan historial de cirugía parcial de tiroides o que hayan sido tratadas con yodo radioactivo).

Tomando en consideración datos epidemiológicos de la variación en niveles de pruebas de función de tiroide durante el embarazo, 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 disponible). 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.

¿Debemos de hacer después del parto con la terapia Levotiroxina? El tratamiento debe de ser reducido a la dosis utilizada por la paciente antes de quedar embarazada si la misma estaba controlada. El TSH debe de ser repetido 6 semanas después del parto para asegurarnos de que mantenga el control una vez la demanda de la hormona de tiroides 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