

HIPERTIROIDISMO Y EMBARAZO

Las hormonas tiroideas son necesarias para que el cuerpo pueda utilizar la energía, mantener la temperatura corporal y el cerebro, el corazón, los músculos y otros órganos funcionen normalmente. El hipertiroidismo se refiere a cualquier condición en la cual existe demasiada hormona en el organismo.

1. ¿CUÁLES SON LOS CAMBIOS NORMALES DE LA FUNCIÓN TIROIDEA ASOCIADOS CON EL EMBARAZO

Los cambios son debidos_a la influencia de dos hormonas principales: la gonadotropina coriónica humana (hCG), la hormona que se mide en la prueba de embarazo, y el estrógeno, la principal hormona femenina. La HCG puede activar débilmente la tiroides y los niveles altos de hCG circulante en el primer trimestre pueden resultar en una TSH ligeramente baja. Cuando esto ocurre, la TSH disminuirá ligeramente en el primer trimestre y luego volverá a la normalidad durante todo el embarazo. El estrógeno aumenta la cantidad de proteínas que se unen a la hormona tiroidea en el suero, lo que aumenta los niveles totales de hormona tiroidea en la sangre, sin embargo, la medición de hormona "libre" generalmente permanece normal. También la glándula tiroidea puede aumentar entre un 10-15% de tamaño durante el embarazo y no suele ser visible en una exploración. En algunas ocasiones se puede desarrollar bocio, mas frecuente en zonas donde hay deficiencia de yodo.

2. ¿CUÁL ES LA INTERACCIÓN ENTRE LA FUNCIÓN TIROIDEA DE LA MADRE Y EL FETO?

Durante las primeras 18- 20 semanas del embarazo, el feto depende completamente de la madre para la producción de hormona tiroidea. Ya hacia la mitad del embarazo, la tiroides del feto comienza a producir hormona tiroidea por su cuenta. El feto, sin embargo, sigue dependiendo de la madre para la ingesta de cantidades adecuadas de yodo, el cual es esencial para producir las hormonas tiroideas. La Organización Mundial de la Salud recomienda una ingesta de yodo de 250 µg/día durante el embarazo para mantener una producción adecuada de hormonas tiroideas. Para garantizar la ingesta de yodo adecuada se recomienda las mujeres que estén planificando un embarazo, al menos 3 meses antes y las que están embarazadas deben tomar un suplemento diario que contenga 150 µg de yodo.

3. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE HIPERTIROIDISMO DURANTE EL EMBARAZO?

En general, la causa más común de hipertiroidismo en mujeres en edad fértil es la enfermedad de Graves, que se presenta en el 0,2% de las pacientes embarazadas. Otras causas pueden ser la existencia de uno o varios nódulos en el tiroides, es el bocio tóxico nodular o multinodular; tiroiditis o la ingestión excesiva de hormona tiroidea. Además de estas causas habituales de hipertiroidismo (los niveles muy altos de hCG, que se observan en formas graves de náuseas matutinas (hiperemesis gravídica), pueden causar hipertiroidismo transitorio al comienzo del embarazo. El diagnóstico correcto se basa en una revisión cuidadosa de la historia, el examen físico y las pruebas de laboratorio.

4. ¿CUÁLES SON LOS RIESGO DEL HIPERTIROIDISMO PARA LA MADRE?

La enfermedad de Graves puede presentarse inicialmente durante el primer trimestre o puede exacerbarse durante este tiempo en una mujer que se sabe que padece el trastorno. Además de los síntomas clásicos asociados con el hipertiroidismo, el hipertiroidismo materno tratado de manera inadecuada puede provocar un parto prematuro y una complicación grave conocida como preeclampsia. Además, las mujeres con enfermedad de Graves activa durante el embarazo tienen un mayor riesgo de desarrollar un hipertiroidismo muy severo conocido como tormenta tiroidea. La enfermedad de Graves a menudo mejora durante el tercer trimestre del embarazo y puede empeorar durante el período posparto.

5. ¿CUÁLES SON LOS RIESGO DEL HIPERTIROIDISMO PARA EL FETO?

Un hipertiroidismo materno no controlado se ha asociado con taquicardia fetal (frecuencia cardíaca rápida), bajo peso, prematuridad, mortinatos y malformaciones congénitas (defectos de nacimiento). Ésta es otra razón por la que es importante tratar el hipertiroidismo en la madre. También los niveles extremadamente elevados de inmunoglobulinas o anticuerpos estimuladores del tiroides (TSI), como ocurre en la enfermedad de Graves que es un trastorno autoinmune, pueden atravesar la barrera placentaria y causar hipertiroidismo fetal o neonatal, es poco común (solo del 1 al 5% de las mujeres con enfermedad de Graves durante el embarazo y cuando los niveles son muy elevados). En el caso de que la madre esté en tratamiento con antitiroideos por el hipertiroidismo, también atraviesan la placenta y pueden evitar que el tiroides fetal sea hiperfuncionante. Otro riesgo es el tratamiento con fármacos antitiroideos (ATD), el metimazol (Tirodril) y el propiltiouracilo (PTU) son los ATD utilizados en la gestación. Se recomienda que se utilice la dosis más baja posible con el fin de minimizar el desarrollo de hipotiroidismo en el feto. Se puede considerar la terapia definitiva (cirugía de tiroides o tratamiento con yodo radiactivo) antes del embarazo para evitar la necesidad de usar PTU o metimazol durante el embarazo.

6. ¿CÓMO SE DEBE TRATAR EL HIPERTIROIDISMO DURANTE EL EMBARAZO?

El hipertiroidismo leve (niveles de hormona tiroidea ligeramente elevados, síntomas mínimos) a menudo se controla de cerca sin terapia, siempre que tanto la madre como el bebé estén bien.

Cuando el hipertiroidismo es lo suficientemente grave como para requerir terapia, el PTU se prefiere hasta la semana 16 de embarazo y posteriormente se utilizaría, si es necesario el Metimazol.

El objetivo de la terapia es mantener la T4 libre de la madre en el rango de normal alto a levemente elevado con la dosis más baja de ATD con el fin de minimizar el riesgo de que el feto desarrolle hipotiroidismo o bocio. Debe evitarse el hipotiroidismo materno.

Control estrecho de función tiroidea (niveles de TSH y T4 libre) mensualmente. En el hipertiroidismo por enfermedad de Graves se realizará control de TSI en el primer trimestre, si son positivos en la 18-22 semanas y en la semana 30-34 para evaluar la necesidad de monitorización fetal y neonatal. También en los casos de mujeres con enfermedad de Graves que se han sometido a tiroidectomía o tratamiento con yodo radiactivo y ya no necesita tratamiento antitiroideo, se deberá realizar este control de los TSI. Si no se puede conseguir un adecuado tratamiento con ATD (desarrollo de una reacción alérgica), la cirugía puede ser una alternativa y será más segura en el segundo trimestre.

El yodo radiactivo está contraindicado para tratar el hipertiroidismo durante el embarazo, ya que atraviesa fácilmente la placenta y es absorbido por la glándula tiroidea fetal y puede ocasionarle un hipotiroidismo permanente. Los betabloqueantes se pueden utilizar durante el embarazo para ayudar a tratar palpitaciones y temblores importantes debido al hipertiroidismo, en general solo se requieren hasta que el hipertiroidismo se controle con ATD.

7. ¿CUÁL ES LA EVOLUCIÓN DEL HIPERTIROIDISMO DESPUÉS DEL PARTO?

La enfermedad de Graves puede empeorar en el período posparto o puede aparecer entonces por primera vez. No ocurrirá este empeoramiento si la causa es por nódulos tiroideos. Cuando ocurre un nuevo hipertiroidismo en los primeros meses después del parto, la causa puede ser la enfermedad de Graves o la tiroiditis posparto y se necesitan pruebas con un seguimiento cuidadoso para distinguir entre las dos, dado que el tratamiento será diferente.

8. ¿SE PUEDE DAR LACTANCIA NATURAL SI LA MADRE CON HIPERTIROIDISMO ESTÁ EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTITIROIDEOS?

Si. Cantidades pequeñas de PTU y Metimazol se transfieren a la leche materna. La dosis diaria total de hasta 20 mg de Metimazol o 450 mg de PTU se consideran seguras y no requieren control del lactante. El yodo radiactivo para tratamiento del hipertiroidismo está contraindicado en la lactancia.

Información elaborada por la Dra Orosia Bandrés Nivelá (Hospital Royo Vilanova de Zaragoza) en representación del Área de Trabajo TIROSEEN.