



Hipotiroidismo Durante el Embarazo

¿QUÉ ES LA GLÁNDULA TIROIDES?

La glándula tiroides tiene forma de mariposa y normalmente se localiza en la parte de adelante del cuello. El trabajo de la glándula tiroides es formar las hormonas tiroideas, volcarlas al torrente sanguíneo y entregarlas a todos los tejidos del cuerpo. Las hormonas tiroideas ayudan al cuerpo a utilizar energía, mantener la temperatura corporal y a que el cerebro, el corazón, los músculos y otros órganos funcionen normalmente.

CUÁLES SON LOS CAMBIOS NORMALES EN LA FUNCIÓN TIROIDEA ASOCIADOS CON EL EMBARAZO?

CAMBIOS HORMONALES. Las pruebas de función tiroidea cambian durante el embarazo normal debido a la influencia de dos hormonas: la gonadotropina coriónica humana (hCG) y el estrógeno. Debido a que la hCG puede estimular levemente a glándula tiroides, los niveles circulantes altos de hCG en el primer trimestre pueden resultar en unos niveles de TSH bajos que regresan a niveles normales a lo largo del embarazo. El estrógeno aumenta la cantidad de proteínas que se unen a la hormona tiroidea, y de esta manera aumentan los niveles totales de hormona, pero la fracción libre de la hormona (la cantidad que no está unida y que está disponible para ser utilizada) usualmente permanece normal. La tiroides funciona normalmente si los niveles de TSH y T4 libre permanecen en el rango normal específico para cada trimestre durante el embarazo.

CAMBIOS EN EL TAMAÑO DE LA TIROIDES. La glándula tiroides puede aumentar de tamaño durante de embarazo (Tiroides agrandada = bocio). Sin embargo, el bocio asociado con el embarazo ocurre mucho más frecuentemente en partes del mundo donde hay deficiencia de yodo. Es relativamente infrecuente en los Estados Unidos. Cuando se usan técnicas de imagenología muy sensibles (ultrasonido) es posible detectar un aumento en el volumen de la tiroides en algunas mujeres. Esto suele ser usualmente entre un 10 - 15 % aumento de tamaño y típicamente no es aparente en el examen físico que hace el médico. Sin embargo, algunas veces se puede desarrollar un bocio significativo que pueda llevar al doctor a medir pruebas de función tiroidea (véase el [folleto de función tiroidea](#)).

CUÁL ES LA INTERACCIÓN ENTRE LA FUNCIÓN TIROIDEA DE LA MADRE Y EL BEBÉ?

Durante las primeras 18- 20 semanas del embarazo, el bebé depende completamente de la madre para la producción de hormona tiroidea. Ya hacia la mitad del embarazo, la tiroides del bebé comienza producir hormona tiroidea por su cuenta. El bebé, 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. Debido a que la ingesta de yodo durante el embarazo suele ser baja en los Estados Unidos, la ATA (Asociación Americana de Tiroides) recomienda que las mujeres de los Estados Unidos que estén planificando un embarazo, las que están embarazadas o amamantando deben tomar un suplemento diario que contenga 150 µg de yodo.

HIPOTIROIDISMO Y EMBARAZO

CUALES SON LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE HIPOTIROIDISMO DURANTE EL EMBARAZO?

En general, la causa más común de hipotiroidismo es el trastorno autoinmune conocido como tiroiditis de Hashimoto (véase el [folleto de hipotiroidismo](#)). El hipotiroidismo puede ocurrir durante el embarazo debido a la presentación inicial de tiroiditis de Hashimoto, el tratamiento inadecuado de una mujer que ya tiene hipotiroidismo por una variedad de causas, o el tratamiento excesivo de una mujer hipertiroidea con medicamentos antitiroideos. Aproximadamente el 2.5% de las mujeres tendrán niveles de TSH por encima de 6 mIU/L (levemente elevado) y un 0.4% tendrán niveles de TSH por encima de 10 mIU/L durante el embarazo.

Hipotiroidismo Durante el Embarazo

CUALES SON LOS RIESGOS DEL HIPOTIROIDISMO PARA LA MADRE?

El hipotiroidismo no tratado, o tratado inadecuadamente conlleva un riesgo aumentado de aborto espontáneo, y se le ha asociado con anemia materna, miopatía (dolor muscular y debilidad), insuficiencia cardiaca congestiva, preeclampsia, anomalías de la placenta, y hemorragia (sangramiento) en el posparto. Estas complicaciones son más comunes en mujeres con hipotiroidismo severo. Algunos riesgos también parece ser mayores en mujeres con anticuerpos contra la peroxidasa tiroidea (TPO). Las mujeres con hipotiroidismo leve pueden no tener síntomas o atribuir los síntomas que tengan al embarazo.

CUALES SON LOS RIESGOS DEL HIPOTIROIDISMO MATERNO PARA EL BEBÉ?

La hormona tiroidea es crítica para el desarrollo del cerebro en el bebé. Los niños nacidos con hipotiroidismo congénito (sin función tiroidea al nacer) pueden tener anomalías severas cognitivas, neurológicas y del desarrollo, si la condición no se reconoce y se trata prontamente. Estas anomalías del desarrollo se pueden prevenir con el tratamiento temprano. En consecuencia, a todo recién nacido en los Estados Unidos se le hace tamizaje para detectar hipotiroidismo congénito, de modo que pueda ser tratado con hormona tiroidea tan pronto como sea posible.

El hipotiroidismo severo no tratado en la madre puede llevar a alteraciones en el desarrollo cerebral del bebé. Estudios recientes han sugerido que puede haber anomalías leves en el desarrollo del cerebro en niños nacidos de mujeres que han tenido hipotiroidismo leve no tratado durante el embarazo. En la actualidad, no existe un acuerdo general de opinión en cuanto al tamizaje de todas las mujeres para detectar hipotiroidismo durante el embarazo. Sin embargo la ATA recomienda medir niveles de TSH tan pronto se confirme el embarazo en toda mujer que tenga alto riesgo de enfermedad tiroidea, tales como aquellas con tratamiento previo de hiper o hipotiroidismo, historia familiar de enfermedad tiroidea, historia personal de enfermedad autoinmune, y mujeres con bocio.

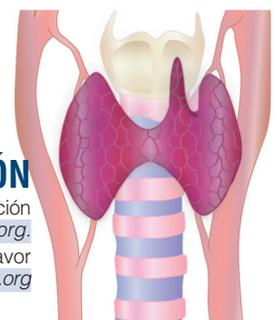
Las mujeres con hipotiroidismo establecido deben tener una prueba de TSH tan pronto como se confirme el embarazo. También se le debe aumentar inmediatamente la dosis de levotiroxina, porque los requisitos del hormona tiroidea aumentan durante el embarazo. (Véase más abajo para recomendaciones específicas). Si se detecta hipotiroidismo de novo durante el embarazo, la mujer debe ser tratada con levotiroxina para normalizar sus valores de TSH (véase el *folleto de hipotiroidismo*).

QUIÉN DEBE SER TRATADO POR HIPOTIROIDISMO DURANTE EL EMBARAZO?

Las mujeres a quienes se encuentra un nivel de TSH por encima de 10 mIU/L en el primer trimestre del embarazo deben ser tratadas por hipotiroidismo. Por el contrario, las mujeres con nivel de TSH de 2.5 mIU/L o menos no necesitan tratamiento con levotiroxina. Para las mujeres con un nivel de TSH entre estos (2.5 - 10) las recomendaciones de la ATA varían y pueden depender de si la madre tiene o no anticuerpos TPO. Cuando los anticuerpos TPO son positivos, se recomienda tratamiento si los niveles de TSH son de 4 o más, y se puede considerar tratamiento cuando la TSH está entre 2.5 y 4.0. Sin embargo, cuando no existen anticuerpos TPO (es decir, son negativos) las recomendaciones actuales de la ATA son menos firmes y sugieren que "se puede considerar tratamiento" cuando la TSH está entre 2.5 y 10 mIU/L. Estas recomendaciones están basadas en los niveles de evidencia que indican que el tratamiento con levotiroxina podría ser beneficioso.

COMO SE DEBE TRATAR EL HIPOTIROIDISMO DURANTE EL EMBARAZO?

El objetivo del tratamiento del hipotiroidismo en una mujer embarazada es el reemplazo adecuado de hormona tiroidea. Idealmente, se debe optimizar las dosis de levotiroxina en la mujer hipotiroidea antes de quedar embarazada. Los requerimientos de levotiroxina frecuentemente aumentan durante el embarazo, usualmente entre un 25 y un 50 %. Las mujeres hipotiroideas que toman levotiroxina deben aumentar independientemente su dosis entre un 20 y



MAYOR INFORMACIÓN

Mayores detalles sobre este tema y otros tópicos relacionados con la tiroides están disponibles en la sección de información para pacientes en el sitio web de la Asociación Americana de Tiroides en www.thyroid.org.

Para mayor información sobre organizaciones para el soporte de pacientes de tiroides, por favor visite el enlace de Soporte de pacientes en el sitio web de la Asociación Americana de Tiroides www.thyroid.org

Hipotiroidismo Durante el Embarazo

un 30% tan pronto como se diagnostique el embarazo y deben notificarle a su doctor para que éste les solicite pruebas y evaluación adicional. Un método de lograr este aumento de la dosis es tomar dos tabletas adicionales por semana de su dosis habitual diaria de levotiroxina. Se deben medir las pruebas de función tiroidea aproximadamente cada cuatro semanas durante la primera mitad del embarazo, para asegurarse de que la función tiroidea de la mujer sea normal durante todo el embarazo. Tan pronto como el bebé nace, la mujer puede retornar a la dosis de levotiroxina que tomaba antes del embarazo. Es también importante reconocer que las vitaminas prenatales contienen hierro y calcio, los que pueden impedir la absorción de hormona tiroidea desde el tracto gastrointestinal. En consecuencia, la levotiroxina y las vitaminas prenatales no se deben tomar a la misma hora y se deben separar al menos por cuatro horas.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA MUJERES CON HISTORIA DE ENFERMEDAD DE GRAVES.

Además de las dosis y de las consideraciones de pruebas explicadas en este folleto, a las mujeres con una historia de enfermedad de Graves que fueron tratadas con yodo radiactivo (RAI) o tiroidectomía se les debe medir los anticuerpos de Graves (TRAb) temprano durante el embarazo para evaluar el riesgo de que estos anticuerpos pasen al feto. Si los anticuerpos están elevados, se recomiendan pruebas de seguimiento a las 18 a 22 semanas, y si los anticuerpos todavía permanecen elevados, se recomiendan pruebas adicionales entre las 30 y 34 semanas para evaluar la necesidad del monitoreo fetal y neonatal.

