

HIPOTIROIDISMO Y EMBARAZO



Dra. Aida Miranda G.
Endocrinología
Hospital Regional Rancagua

Prevalencia

- Prevalencia de hipotiroidismo clínico en embarazadas en series internacionales es de un 0.3 – 0.5% y del hipotiroidismo subclínico de un 2 – 3 %
- Estudio Nacional mostró una prevalencia de 0.6 y 35.3 respectivamente

- Hipotiroidismo se asocia a numerosas complicaciones, como:

- Aborto espontáneo
- Preeclampsia
- Mortinato
- Parto prematuro
- Hemorragia post parto



- 
- La función tiroidea normal en la madre es crítica para el desarrollo cerebral en el feto y posterior desarrollo neuro-psico-intelectual en el niño
 - El tiroides fetal comienza a funcionar a las 10 - 12 semanas de gestación, los niveles normales de T4 libre y TSH solo se alcanzan a las 36 semanas de embarazo
 - En el primer y segundo trimestre, las hormonas derivan exclusivamente de la madre.

- 
- El embarazo es un estado de alta demanda tiroidea
 - La proteína transportadora de hormonas tiroideas (TBG) aumenta, razón por la que se requiere mayor producción de HT para mantener niveles adecuados de T4L
 - La placenta ocupa y metaboliza HT de la desyodasa placentaria
 - La gonadotrofina coriónica estimula directamente la producción de HT por su homología con la TSH y el clearance renal de yodo, está aumentado.

- El resultado de estos efectos es un aumento de los niveles de T4 y T3 totales con TSH baja en el primer trimestre, manteniendo T4 libre normal.



- 
- Los rangos normales tiroideos deben ser ajustados en el embarazo
 - La medición de TSH sérica es más precisa para indicar el estatus tiroideo en mujeres embarazadas
 - Los niveles de T4 total deben ser ajustados por el aumento de la TBG, multiplicando por 1.5, para definir valor adecuado.

Valor normal de TSH según trimestre de embarazo

1er Trimestre	0.1 – 2.5 mUI/L
2do Trimestre	0.2 – 3.0 mUI/L
3er Trimestre	0.3 – 3.0 mUI/L



Hormonas tiroideas

T4 libre	0.93 - 1.7 $\mu\text{g/dl}$
T4 total	4.6 - 12.0 $\mu\text{g/dl}$

En el embarazo multiplicar T4 total x 1.5

Hipotiroidismo e Hipotiroidismo subclínico en el embarazo

- Hipotiroidismo clínico es definido con TSH sobre 2,5 mUI/L con niveles de T4L disminuidos.
- Mujeres con niveles de TSH sobre 10 mUI/L independiente de T4L, son consideradas hipotiroideas.
- Hipotiroidismo subclínico está definido como niveles entre 2.5 y 10 mUI/L con niveles de T4L normales.

Tratamiento del hipotirodismo e hipotirodismo subclínico en el embarazo

- Mujeres con hipotirodismo subclínico y AcTPO positivos deberían ser tratadas con Levotiroxina
- Mujeres con niveles de TSH sobre los intervalos de referencia específicos por trimestre y T4L bajo
- Mujeres con niveles de TSH > 10 mUI/L

Complicaciones obstétricas y neonatales por Hipotirodismo materno

Ha sido demostrado:

- Déficit en el CI de los hijos de madres hipotiroideas y la asociación con déficit atencional
- Incrementa el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y aborto espontáneo
- Riesgo de 22% de hipertensión gestacional

Complicaciones obstétricas y neonatales por Hipotirodismo materno

- Ha sido demostrado en 60% el riesgo de pérdida del embarazo cuando el hipotirodismo no ha sido adecuadamente diagnosticado y tratado.
- Existe una firme asociación entre hipotirodismo y riesgos adversos en la unidad materno-fetal

¿Cuál es el target del tratamiento para el hipotiroidismo o HSC?

- El objetivo terapéutico con L-tiroxina es normalizar los niveles séricos de TSH específicos por trimestre de embarazo.
- Al comenzar el tratamiento se recomiendan iniciarlo según TSH basal:

TSH < 4 mUI/L	Evaluar tto. (25 - 50 mcg)
TSH 4 mUI/L - 10 MUI/L	50 mcg
TSH > 10 mUI/L	1.6 - 1.8 mcg /kg / día

- 
- Evaluar niveles de TSH a las 4 semanas y ajustar dosis si es necesario.
 - En pacientes con tratamiento previo, aumentar su dosis total de Levotiroxina entre un 25 y 30%.

Algoritmo Embarazo



