

# Disfunción tiroidea y embarazo

La tiroides es una glándula con forma de mariposa ubicada en la base del cuello, por delante de la tráquea. Es el 'controlador maestro' del metabolismo.<sup>1</sup>

## ¿Qué son las disfunciones tiroideas?

Si su tiroides disminuye su actividad, produce una cantidad insuficiente de hormona tiroidea, provocando un trastorno denominado **hipotiroidismo**. La persona con hipotiroidismo hace un uso más lento de su energía y su metabolismo también se enlentece.<sup>2</sup> Sin embargo, si su tiroides tiene una actividad excesiva, produce demasiada hormona tiroidea que pasa al torrente sanguíneo, derivando en una afección conocida como hipertiroidismo, que acelera el metabolismo.<sup>3</sup>

Los problemas tiroideos durante el embarazo pueden ser muy graves y es sumamente importante diagnosticar estas patologías de manera temprana. Las mujeres con antecedentes familiares de disfunción tiroidea u otras patologías inmunitarias, tales como una diabetes tipo 1, deberían analizar con su médico la posibilidad de hacer un estudio de tamizaje, ya sea antes del embarazo o en sus primeras etapas. Las madres deben conocer la patología tiroidea, ya que es hasta ocho veces más común en las mujeres que en los hombres.<sup>4</sup>

## Hipotiroidismo

Cerca de 5% de las mujeres embarazadas desarrollan hipotiroidismo<sup>5</sup> pero es fácil confundir la entidad con los síntomas físicos y emocionales que se presentan en un embarazo normal, como aumento de peso, cansancio e hinchazón.

El hipotiroidismo no tratado puede ser muy peligroso en la mujer embarazada, ya que aumenta el riesgo de nacimiento prematuro y entraña riesgos para el desarrollo del bebé y problemas de aprendizaje. El hipotiroidismo puede también provocar que la placenta se desprenda de la pared interna del útero antes de que el bebé nazca (desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera), una condición grave que puede poner en peligro la vida tanto de la madre como del niño.<sup>6,7</sup>



## Tratamiento del hipotiroidismo en el embarazo

La finalidad del tratamiento es substituir la hormona tiroidea que falta en el organismo. Se recurre a la levotiroxina, una hormona tiroidea sintética. La medicación se puede administrar durante todo el embarazo y la lactancia.<sup>8</sup> El tratamiento es extremadamente importante, ya que protege tanto a la madre como al bebé de complicaciones ulteriores. Las embarazadas con hipotiroidismo necesitan controles/ revisiones más frecuentes para asegurarse que su dosis de levotiroxina sea la correcta. Durante el embarazo, generalmente la dosificación de levotiroxina debe aumentarse entre 25–50%.

## Hipertiroidismo

El hipertiroidismo es infrecuente en el embarazo, pero si no se lo trata puede provocar problemas graves para la madre y el bebé.<sup>9</sup> Los problemas pueden incluir aborto espontáneo, retraso del crecimiento del bebé en el útero, adelanto del trabajo de parto y parto prematuro, hipertensión,<sup>9</sup> defectos físicos en el bebé, y "tormenta tiroidea", una entidad en la que un acontecimiento estresante o una infección masiva pueden producir una elevación peligrosa de los niveles de hormona tiroidea.<sup>9</sup>

La enfermedad de Graves (una enfermedad del sistema inmunitario, más común en las mujeres jóvenes)<sup>9</sup> es la causa de casi todos (85%) los casos de hipertiroidismo durante el embarazo.<sup>9</sup> Las mujeres con enfermedad de Graves pueden llegar a sentirse mejor durante el embarazo porque hay una supresión de su sistema inmunitario para proteger al bebé, pero habitualmente la enfermedad empeora en los primeros meses posteriores al parto.

Además, también es difícil diagnosticar el hipertiroidismo en el embarazo porque muchas de las modificaciones normales del embarazo son similares a los síntomas de esta patología, como por ejemplo, la sensación de calor, sudor excesivo, vómitos o taquicardia.

Si usted está embarazada, tiene una frecuencia cardíaca superior a 100 latidos por minuto y está perdiendo peso, debe consultar inmediatamente a su médico para descartar hipertiroidismo.

### **Tratamiento del hipertiroidismo en el embarazo**

A diferencia de lo que sucede con el hipotiroidismo, la finalidad del tratamiento para los pacientes con una tiroides hiperactiva es reducir las hormonas tiroideas en sangre. La medicación antitiroidea se puede administrar durante el embarazo y se la debe dosificar lo más bajo posible. Como alternativa, a algunas mujeres embarazadas se plantea la exéresis parcial de la tiroides si son alérgicas a la medicación o si necesitan dosis tan altas que dañarían la glándula del bebé.<sup>9</sup> La cirugía se indica en la mitad del embarazo cuando los riesgos de pérdida de embarazo o parto prematuro son más bajos.<sup>9</sup> Otro tratamiento común para el hipertiroidismo es la terapia con yodo radioactivo. Sin embargo, casi siempre está prohibido durante el embarazo porque puede ser nocivo para el bebé en útero.<sup>9</sup>

### **Por más información**

Por más información sobre la enfermedad tiroidea, por favor consulte los siguientes sitios web: [www.thyroidweek.com](http://www.thyroidweek.com) [www.thyroid-fed.org](http://www.thyroid-fed.org)

### **Después del nacimiento**

Cuando nace el bebé, las mujeres que tenían disfunciones tiroideas previas pueden presentar un reavivamiento de su enfermedad. Hasta 7% de las mujeres desarrollan inflamación tiroidea en algún momento hasta un año después del parto.<sup>9</sup> Esto puede llevar a una disfunción tiroidea leve que dure uno o dos meses, y se puede acompañar de depresión postnatal.

Si usted dio a luz hace poco y sigue exhausta a pesar de que hayan pasado ya unos meses, debe consultar a su médico para que investigue y descarte la disfunción tiroidea como una causa posible.<sup>9</sup>

1. American Thyroid Association. Thyroid Function Tests. 2005 [http://www.thyroid.org/patients/brochures/FunctionTests\\_brochure.pdf](http://www.thyroid.org/patients/brochures/FunctionTests_brochure.pdf). Accessed March 2009.
2. American Thyroid Association. ATA Hypothyroidism Booklet. Falls Church, VA 2003.
3. American Thyroid Association. Hyperthyroidism. 2005 [http://www.thyroid.org/patients/brochures/Hyper\\_brochure.pdf](http://www.thyroid.org/patients/brochures/Hyper_brochure.pdf). Accessed March 2009.
4. ACOG Education Pamphlet AP128 – Thyroid Disease. American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, DC. 2002.
5. Fast Facts For Your Health. Thyroid Disease and Women. National Women's Health Resource Center. Red Bank, NJ. 2006.
6. ACOG Education Pamphlet AP128 – Thyroid Disease. American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, DC. 2002.
7. Mayo Clinic. <http://www.mayoclinic.com/health/placental-abruption/DS00623/DSECTION=complications>. Accessed March 2009.
8. Poppe K, Velkeniers B, Glinoeir D; Medscape. The role of thyroid autoimmunity in fertility and pregnancy. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab*. 2008; **4**: 394–405.
9. De Groot LJ, Stagnaro-Green A, Vigersky R. Patient guide to the management of maternal hyperthyroidism before, during and after pregnancy. *The Hormone Foundation*. 2007.

Esta campaña es apoyada por

