

Colección

Trabajos Clave

Serie

Tratamiento del Hipotiroidismo en Embarazadas

Levotiroxina

Hipotiroidismo Subclínico durante la Gestación

*Sunshine Hospital; Northern Health, Victoria; Royal Women's Hospital,
Melbourne, Australia*

Internal Medicine Journal

49(8):994-1000, Ago 2019



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

Hipotiroidismo Subclínico durante la Gestación

Resumen objetivo elaborado

por el Comité de Redacción Científica de SIIC sobre la base del artículo

Subclinical Hypothyroidism During Pregnancy: The Melbourne Public Hospitals Consensus

de

Hamblin P, Sheehan P, Varadarajan S y colaboradores

integrantes del

Sunshine Hospital; Northern Health, Victoria; Royal Women's Hospital,
Melbourne, Australia

El artículo original, compuesto por 5 páginas, fue editado por

Internal Medicine Journal

49(8):994-1000, Ago 2019

Se establecieron pautas precisas para el abordaje del hipotiroidismo subclínico en embarazadas, en la práctica diaria, con la finalidad de reducir la confusión, los costos y el estrés innecesario para pacientes y profesionales.

Introducción y métodos

El hipotiroidismo grave durante la gestación se asocia con efectos deletéreos para el feto (cretinismo, secundario a la deficiencia de yodo). Algunos estudios refirieron una correlación inversa entre la gravedad del hipotiroidismo materno y el coeficiente intelectual de los hijos. Sin embargo, las consecuencias del hipotiroidismo subclínico sobre el desarrollo cerebral del feto aún no se definieron con precisión. También se han referido asociaciones entre el hipotiroidismo subclínico y la evolución adversa de la gestación (aborto y parto pretérmino). No obstante, se desconoce si las asociaciones entre el hipotiroidismo evidente (con excepción del atribuible a deficiencia de yodo) y la evolución desfavorable del embarazo es causal.

Aunque el riesgo aumentado de aborto espontáneo en pacientes con enfermedad de la glándula tiroidea es bastante aceptado, en un estudio reciente en mujeres con infertilidad no se encontraron relaciones entre los niveles de TSH ≥ 2.5 mU/l y la evolución gestacional adversa. La posible vinculación entre las complicaciones del embarazo y la presencia de anticuerpos antitiroideos (anti-TPO) también es tema de controversia. Por el momento, no existe evidencia franca de que las mujeres con anti-TPO y niveles de TSH por debajo de 4 mU/l tengan riesgo aumentado de aborto. Asimismo, cabe destacar que la mayoría de los trabajos se realizaron con pacientes con infertilidad, de modo que los hallazgos podrían no ser aplicables a la totalidad de embarazadas.

La determinación de la función de la tiroidea durante la gestación es un aspecto de debate, ya que en presencia de aumentos leves en los niveles de TSH podría establecerse el diagnóstico de hipotiroidismo subclínico e indicarse el tratamiento innecesario con levotiroxina durante el resto del embarazo.

La etnia, el peso, el momento del día en el que se toman las muestras de sangre y los cambios fisiológicos en la función de la tiroidea que tienen lugar durante el embarazo son algunos de los factores que deben ser tenidos específicamente en cuenta. La gonadotropina coriónica humana (GCh), con débil actividad similar a la de la TSH, presenta una concentración pico alrededor de la semana 10 de la gestación y es, por lo tanto, un factor adicional de confusión. Por último, existen variaciones importantes en los niveles de TSH, según los equipos utilizados para su determinación.

Las guías de la *American Thyroid Association* (ATA) se publicaron por primera vez en 2011 y son ampliamente utilizadas para la toma de decisiones en la práctica clínica. En la actualización de 2017 se incluyen 97 recomendaciones, difíciles de implementar en el contexto clínico rutinario. Además, el algoritmo propuesto se basa en la presencia o ausencia de anti-TPO, un estudio no siempre disponible y de confusión, ya que los niveles de anti-TPO suelen disminuir en la medida que la gestación progresa (en hasta el 50% de las mujeres, estos autoanticuerpos desaparecen en los dos últimos trimestres del embarazo).

Por estos motivos, un grupo de endocrinólogos y obstetras de hospitales de Melbourne decidieron establecer recomendaciones más sencillas para el diagnóstico y el tratamiento del hipotiroidismo subclínico durante la gestación, mediante la revisión de las guías de la ATA y otras publicaciones relevantes sobre el tema. La calidad de cada recomendación se clasifica según los criterios del *National Health and Medical Research Council*.

Resultados

En coincidencia con las guías de la ATA de 2017, la determinación rutinaria de la función de la tiroidea no está indicada; en cambio, debe solicitarse en aquellas mujeres con riesgo aumentado de presentar enfermedades tiroideas (antecedentes de enfermedad tiroidea, edad > 30 años, índice de masa corporal > 40 kg/m², y antecedentes personales o familiares de enfermedades autoinmunes, entre otros). El abordaje de las pacientes con niveles bajos de T4 libre, pero con concentración normal de TSH, es controvertido. Las recomendaciones puntuales se reflejan en la Tabla 1.

Cuando no se dispone de valores de referencia de TSH, específicos para el trimestre del embarazo, la concentración por encima de 4 mU/l representa una indicación para iniciar el tratamiento con levotiroxina. Este criterio modifica el establecido previamente, que consideraba un límite superior de 2.5 mU/l y 3.0 mU/l para el segundo y el tercer trimestre del embarazo, respectivamente. Cuando la concentración está en el límite se recomienda repetir la determinación sin demora, y en el mismo laboratorio.

Si se dispone de umbrales específicos de TSH por trimestre, éstos deben ser aplicados para el diagnóstico. La recomendación por consenso es independiente de los anti-TPO, cuya pre-

Tabla 1. Guía de consenso para el tratamiento del hipotiroidismo subclínico durante la gestación en todos los hospitales públicos de Melbourne*

Recomendación	Nivel de evidencia NHMRC	Grado
Independientemente de la presencia o ausencia de anticuerpos antitiroideos, en las embarazadas, la terapia con levotiroxina se inicia si los niveles de TSH son > 4 mU/l (con valores confirmados en una nueva prueba, realizada sin demora en el mismo laboratorio, en los casos en los cuales la TSH sólo está levemente por encima del umbral). Cuando se dispone de intervalos de referencia específicos para la población y la gestación, se deben considerar los valores de TSH por encima del límite superior de dichos intervalos, en vez de considerar los niveles de TSH > 4 mU/l.	III-2	B
En todas las embarazadas con TSH > 4 mU/l se deben solicitar estudios para la detección de anticuerpos antiperoxidasa tiroidea (Anti-TPO).	III-2	B
La hipotiroxinemia aislada (T4 libre baja, TSH normal) en las embarazadas no se trata rutinariamente.	III-2	B
La dosis de inicio de la levotiroxina es de 50 µg por día.	IV	C
Los niveles deseados de TSH en el contexto del tratamiento con levotiroxina son de 0.1 mU/l a 2.5 mU/l.	III-3	C
Los niveles de T4 libre y de TSH deben valorarse nuevamente a las seis semanas de comenzado el tratamiento con levotiroxina y, luego, cada seis semanas durante toda la gestación para realizar los ajustes en la dosis de levotiroxina. Cuando en la semana 30 de la gestación, los niveles de TSH están en el espectro deseado, no se requieren más estudios de función tiroidea durante el resto del embarazo.	III-3	C
La levotiroxina se interrumpe después del parto en todas las mujeres; las excepciones son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se planifica un nuevo embarazo en el transcurso de los 12 meses que siguen al parto. • Cuando se intenta concebir nuevamente en presencia de antecedentes de aborto espontáneo de causa desconocida. • En las pacientes con niveles de TSH > 10 mU/l antes del inicio de la terapia con levotiroxina. • En presencia de títulos elevados de anti-TPO (por ejemplo más de tres veces por encima del límite superior de normalidad). 	III-3	D
En los casos en los cuales se mantiene el tratamiento con levotiroxina, el seguimiento debe ser individualizado. Con excepción de los casos con niveles iniciales de TSH > 10 mU/l, la interrupción del tratamiento con levotiroxina debe considerarse anualmente, ya que la terapia sostenida puede no ser necesaria.	III-3	C
Todas las mujeres deben ser asesoradas para que realicen nuevas determinaciones de T4 libre y TSH a las seis semanas del parto. En general se les solicita que realicen consultas con sus médicos locales para la discusión de los resultados.	III-3	C
Se debe enviar un informe al profesional local (con copia para la paciente) en el cual se comunica acerca del tratamiento con levotiroxina durante la gestación y sobre la necesidad de realizar nuevos controles de T4 libre y de TSH seis semanas, después del parto. En la carta también se debe incluir un número telefónico para que el médico local pueda contactarse con un clínico con experiencia en el hospital, para la discusión de los resultados de las pruebas de función tiroidea luego del parto.	No aplica	No aplica

* Estas guías pueden variar según el juicio del clínico con experiencia.
NHMRC, National Health and Medical Research Council.

sencia aún representa un aspecto de controversia importante. Se destaca, sin embargo, que la determinación de anti-TPO está indicada en las pacientes con niveles de TSH > 4 mU/l. Esto es a los efectos de ayudar en las decisiones terapéuticas posparto, ya que cuando se encuentran títulos muy elevados de anti-TPO, el tratamiento seguramente deberá persistir después de la gestación, por el riesgo alto de hipotiroidismo sostenido.

El tratamiento con levotiroxina se inicia con dosis de 50 µg por día; la frecuencia de los controles es la que se aplica en la práctica diaria.

El nivel recomendado de TSH en el contexto del tratamiento con levotiroxina (0.1 mU/l a 2.5 mU/l) también es tema de de-

bate, ya que es muy diferente del que se considera para iniciar el tratamiento con levotiroxina (de 4 mU/l). Por último se establecen algunas pautas en relación con la interrupción de la terapia, al final del embarazo, y con los controles posteriores de la función de la tiroides.

Conclusión

El objetivo del consenso fue revisar, unificar y simplificar las recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento del hipotiroidismo subclínico durante la gestación, con la finalidad última de reducir la confusión, los costos y el estrés innecesario para pacientes y profesionales.