¿Cómo debe manejarse la enfermedad de Graves en mujeres en edad fértil?

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Martes, 27 Junio 2023 11:38
Escrito por: Sofia
Visitas: 4420

Se aconseja esperar 6 meses para embarazarse luego de un tratamiento con radioyodo

How to manage Gravesâ disease in women of childbearing potential

Como manejar la enfermedad de Graves en mujeres en edad fértil

Ashkar C et al, Clinical Endocrinology 2022

Puntos de interés:

La enfermedad de Graves es la causa más frecuente de hipertiroidismo en mujeres en edad fértil siendo sus complicaciones conocidas durante el embarazo. Esta revisión analiza las recomendaciones actuales sobre diagnóstico y tratamiento durante la planificación, el embarazo y el periodo post parto.

Resumen:

El manejo de la enfermedad de Graves (EG) en mujeres en edad fértil tiene múltiples complejidades específicas. Muchos factores están involucrados, los que difieren en los diferentes estadios desde la preconcepción, concepción, primer trimestre, final del embarazo, post parto y lactancia, con consideraciones tanto para la madre como para el feto. La incidencia y significancia de los riesgos que traen los fármacos anti tiroideos (ATT) en el embarazo han sido re evaluados recientemente y deben ser balanceados contra el riesgo de hipertiroidismo no controlado durante los años de fertilidad. Se aconseja la anticoncepción hasta que el hipertiroidismo esté controlado. La suspensión de ATT debe ser considerada en aquellas bien controladas con dosis bajas de tratamiento antes de la concepción y en el embarazo temprano. La suplementación con yodo no difiere en general en pacientes con EG. El radioyodo está contraindicado desde 6 meses antes de la concepción hasta completar la lactancia. En mujeres que han tenido EG se aconseja fuertemente monitorear los TRAb durante el embarazo y, si están elevados, realizar un monitoreo fetal y analizar la función tiroidea neonatal. Como dato, el radioyodo incrementa los niveles de TRAb por un año, llevando a que esta opción terapéutica sea poco atractiva en este grupo de pacientes. Un pequeño porcentaje de ATT es transferido a la leche materna, pero dosis bajas son seguras durante la lactancia. Se recomienda una evaluación periódica de la

Phoca PDF

función tiroidea en remisión para detectar recurrencia de EG en el postparto. En este trabajo se presenta un acercamiento a la pregunta: ¿Cómo manejar la EG en mujeres en edad reproductiva?

Comentario:

La EG es común en mujeres en edad fértil (0,4–1,3%), afectando al 0,2% durante el embarazo. La ocurrencia o recaída de esta enfermedad es más común en primer trimestre y en el post parto. Las complicaciones vinculadas al hipertiroidismo no controlado en el embarazo son aborto, preeclampsia, parto pretérmino, crisis tirotóxica y falla cardíaca congestiva. El hipertiroidismo fetal/neonatal (secundario al pasaje transplacentario de TRAb) también incrementa la morbi–mortalidad. Por otra parte, puede desarrollarse hipotiroidismo fetal central, secundario al hipertiroidismo materno por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario tiroideo fetal.

¿Qué recomendaciones se le deben dar a una paciente con EG que desea embarazarse? Se deben discutir los riesgos del hipertiroidismo no controlado, así como la planificación, la intención de embarazar y la anticoncepción. Se debe priorizar alcanzar la remisión o el control de la EG previo al embarazo. Si la enfermedad no está controlada se aconseja anticoncepción. **El eutiroidismo estable se determina con dos análisis de función tiroidea normales separados por un mes o más con el mismo tratamiento. Se aconseja esperar 6 meses para embarazarse luego del tratamiento con radioyodo.** Si la tiroidectomía puede ser rápida, se aconseja entonces esa opción terapéutica.

Opciones de tratamiento en mujeres en edad fértil con EG. El objetivo del tratamiento es el eutiroidismo. Normalizar los TRAb en la preconcepción sería ideal, pero no hay una terapéutica específica con este fin. **Los TRAb normalizan luego del tratamiento con ATT o cirugía en el 70–80% de los pacientes y aumentan por un año luego del radioyodo.** Todas las mujeres deben ser aconsejadas sobre los efectos adversos de los ATT. Para aquellas pacientes en tratamiento con metimazol (MMI)/carbimazol que desean embarazar y aún requieren de ATT, se recomienda cambiar a propiltiouracilo (PTU) previo al embarazo. Aquellas tratadas con radioyodo deben conocer el riesgo de hipertiroidismo fetal por pasaje de TRAb. **Aquellas pacientes con antecedente de EG que deciden embarazar debe realizar una medición de TRAb.**

¿Cuál es el riesgo en relación al uso de radioyodo en mujeres en edad fértil? Si el mismo es administrado de forma inadvertida al comienzo del embarazo aumenta el riesgo de abortos. Luego de semana 10 de gestación se ha reportado, en aquellas expuestas a dosis de 15 mCi o mayores, ablación tiroidea, defectos fetales y reducción del

Phoca PDF

coeficiente intelectual. **Por eso se requiere descartar la posibilidad de embarazo previo a administrar radioyodo con una subunidad beta de GCH. La concepción se debe diferir 6 meses luego de administrado para evitar la exposición fetal a la radiación y para alcanzar el eutiroidismo.**

¿El requerimiento de yodo es diferente en mujeres con EG? El requerimiento de 250 mcg en embarazo y lactancia no difiere en las guías internacionales para gestantes con esta patología. No hay evidencia fuerte para limitar la suplementación con yodo en embarazadas con EG hasta la dosis recomendada habitual. **Un multivitamínico diario que contenga 150 mcg de yodo es apropiado, en pacientes que viven en áreas con leve o moderada yodo deficiencia.** La suplementación con selenio no está aún recomendada en pacientes embarazas con enfermedad tiroidea autoinmune dado que no hay evidencia de un beneficio y hay riesgo incrementado de diabetes.

¿Cómo se diagnostica la EG en el embarazo? Debe ser diferenciada de la tirotoxicosis gestacional que es la causa más común de hipertiroidismo en el embarazo. **La presencia de bocio, orbitopatía y antecedentes de enfermedad autoinmune orientan al diagnóstico de EG. La medición de TRAb ayuda también en el diagnóstico diferencial.** No se realizan centellograma y captación tiroidea durante el embarazo.

¿Cuáles son las opciones terapéuticas para la EG durante el embarazo? Si la EG está en remisión se puede considerar la suspensión de ATT con monitoreo de función tiroidea cada 1–2 semanas en el primer trimestre. **Existe riesgo elevado de recurrencia de EG en pacientes con tratamiento con ATT por menos de 6 meses, con MMI a dosis mayores a 10mg/día o PTU mayores a 200 mg/día, si la TSH se mantiene baja, los TRAb son elevados, hay bocio grande u orbitopatía activa.** El uso de ATT en el embarazo tiene como objetivo el control del hipertiroidismo con la menor dosis posible del fármaco, manteniendo la T4L en el tercio superior de la normalidad. Durante la evolución del embarazo, si la enfermedad remite o los TRAb disminuyen, se debe considerar la reducción o suspensión de ATT. Para aquellas pacientes en tratamiento con ATT pre concepción se debe considerar rotar a PTU antes de la misma o al diagnóstico de embarazo. **Luego del primer trimestre, el PTU puede ser rotado a MMI para disminuir el riesgo de hepatotoxicidad materna.** La potencial desestabilización del hipertiroidismo haciendo el cambio de ATT debe ser considerada en relación al riesgo del uso de ATT. El tratamiento de bloqueo-reemplazo (con MMI y levotiroxina) no suele utilizarse, salvo en casos de hipertiroidismo fetal. El riesgo de exposición fetal a los ATT en primer trimestre está relacionado a malformaciones congénitas. Las relacionadas a MMI son aplasia cutis, atresia de coanas, onfalocele y características dismórficas. Las relacionadas a PTU son malformaciones de la vía urinaria, rostro y

Phoca PDF

cuello. El uso de ATT raramente causa bocio fetal. Raramente se puede requerir realizar tiroidectomía en aquellas mujeres con altos requerimientos de ATT e hipertiroidismo severo o si se han producido efectos adversos mayores por los ATT. En estos casos, la misma se realiza en segundo trimestre. Se pueden utilizar beta bloqueantes y yoduro de potasio para la preparación quirúrgica.

¿Cómo deben evaluarse la función tiroidea y los TRAb durante el embarazo? En general cada 4 semanas, pero en pacientes que han suspendido ATT cada 1-2 semanas en primer trimestre. **La medición de TRAb se realiza al comienzo del embarazo en toda paciente con EG actual o pasada. Niveles de TRAb mayores a 5UI/L o mayores a 3 veces el límite superior del rango de referencia, aumentan el riesgo de hipertiroidismo fetal/neonatal.** La re evaluación de los TRAb puede ser necesaria en semanas 18-20 y 30-34 si los mismos persisten elevados o si la paciente aún requiere tratamiento con ATT. **Los TRAb suelen descender a lo largo del embarazo.**

¿Qué monitoreo fetal/neonatal se requiere? Ã□ste es necesario en mujeres con TRAb elevados o con requerimiento de ATT. El hipertiroidismo fetal se da en el 1-2% de las embarazadas con EG y suele ocurrir luego de semanas 22-26. Los signos de esta enfermedad (taquicardia, bocio, oligohidramnios, RCIU, hidrops y osificación prematura) pueden detectarse por ecografía que debe ser realizada de forma mensual luego de semanas 18-22. **La cordocentesis, por su alta morbi-mortalidad, no suele ser recomendada.** El hipertiroidismo neonatal se da en el 1-5% de las embarazadas con EG. Los TRAb persisten en la circulación fetal por algunos meses, mientras que los ATT suelen ser eliminados algunos días luego del nacimiento. Por tanto, en aquella madre tratada con ATT el hipertiroidismo puede aparecer algunos días luego del nacimiento y persistir varios meses hasta la desaparición de TRAb. **Si los TRAb maternos siguen elevados en tercer trimestre, la función tiroidea neonatal debe ser evaluada el día del nacimiento y luego en días 3-5 y 10-14 o cuando aparecen síntomas.** La pesquisa neonatal no sirve para el diagnóstico de esta entidad.

¿Qué se debe considerar en el post parto? La aparición de hipertiroidismo post parto puede ocurrir en el 84% de las mujeres con antecedente de EG en remisión con ATT durante los primeros 2 años. **El monitoreo de la función tiroidea debe realizarse a las 6 semanas y los 3 y 6 meses.** La tiroiditis del post parto suele ocurrir más tempranamente, sin TRAb ni estigmas de EG.

Lactancia y ATT. Tanto el MMI como el PTU se transfieren a la leche materna a dosis muy bajas comparadas a las ingeridas por la madre (0,1%-0,2% para MMI y 0,007%-0,077% para PTU). **Deberían ser ingeridos**

Phoca PDF

luego de la lactancia. La dosis máxima recomendada de MMI es 20mg y de PTU 450mg/día durante la lactancia, controlando el crecimiento y desarrollo del niño.

Conclusiones: El manejo de las mujeres en edad fértil con EG requiere atención en los periodos preconcepción, intra embarazo y post parto. Este manejo se logra optimizar con médicos y madres instruidas sobre el tema.

Copyright 2023. Endoweb.net

Phoca PDF