

INSTITUTO DE ENDOCRINOLOGIA Y ENFERMEDADES METABOLICAS

Hipertiroidismo y embarazo: resultados del tratamiento con antitiroideos de síntesis y tiroides

Informe preliminar

Por los Dres.:

ERNESTO ALAVEZ MARTÍN y FRANCISCO OCHOA TORRES

Alavez Martín, E. y Francisco Ochoa T. *Hipertiroidismo y embarazo: resultados del tratamiento con antitiroideos de síntesis y tiroides. Informe preliminar.* Rev. Cub. Med. 11: 2, 1972.

Se presentan los resultados obtenidos en 10 pacientes hipertiroides embarazadas tratadas con antitiroideos de síntesis y tiroides desecado. Se considera que los mismos son satisfactorios a pesar de tener 3 fetos con anomalías y 2 de ellos muertos. Se exponen las razones teóricas del tratamiento utilizado.

El tratamiento de la paciente embarazada hipertiroides persigue tres fines: regulación efectiva del hipertiroidismo materno, lograr la terminación del embarazo y el nacimiento de un niño normal. En épocas anteriores al uso de los antitiroideos de síntesis, el difícil control del hipertiroidismo determinaba una gran incidencia de complicaciones durante el embarazo, durante el parto, así como de patología en el recién nacido. Con el advenimiento de los antitiroideos de síntesis y los adelantos de las técnicas quirúrgicas se ha logrado que las hipertiroides embarazadas no tengan mayores riesgos que las embarazadas normales, discutiéndose actualmente el

tratamiento óptimo para lograr un niño normal. Los diferentes tratamientos preconizados en este momento pueden dividirse en dos grupos: 1) los que no administran tiroides desecado o L-tiroxina asociado a antitiroideos de síntesis^{2,5,7} o después de la intervención quirúrgica⁵ y 2) los que administran tiroides desecado o L-tiroxina conjuntamente con antitiroideos de síntesis¹⁵ o después de la tiroidectomía.³

Hemos preferido el tratamiento médico con antitiroideos de síntesis asociándole tiroides desecado, una vez alcanzado el eutiroidismo, en nuestras diez primeras hipertiroides embarazadas, ya que la tiroidectomía está sujeta a los riesgos lógicos de toda intervención quirúrgica además de sus propias complicaciones (hipoparatiroidismo, lesión recurrencial, etc.).

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron diez pacientes hipertiroides embarazadas cuyas edades fluc-

14 Especialista de Endocrinología, Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas, Hosp. Cmdte. Fajardo, Zapata y D. Vedado, (Director Prof. O. Mateo de Acosta), Instructor de Medicina Interna de la Universidad de La Habana.

15 Residente de 2do. año, Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas, Hosp. Cmdte. Fajardo, Zapata y D. Vedado (Director Prof. O. Mateo de Acosta).

tuaron entre 23 y 41 años, vistas en el I.E.E.M. de 1966 a 1970. Nueve pacientes se embarazaron durante el tratamiento con antitiroideos de síntesis (metil o propiltiouracilo).

En el momento de la fecundación seis estaban eutiroideas y tres, hipertiroideas. De estas últimas una (MSG) venía arras-trando su hiperfunción tiroidea desde inás o menos siete años y fue tratada con I-131 en varias ocasiones así como con dosis elevadas de antitiroideo de síntesis sin lograr buen control; durante el inicio de la gestación presentó sangra- mientos vaginales que fueron interpretados como menstruaciones, y posteriormente se constataron signos citológicos de disfunción placentaria, además se le diagnosticó antes de iniciarse la gestación, una insuficiencia cardíaca; durante el embarazo se realizó tiroidectomía sub- total sin obtener el eutiroidismo.

La otra paciente (ANC) fue vista 1*4 mes antes del parto. En esta paciente el hipertiroidismo y el embarazo se pre-sentaron simultáneamente, no iniciándose el tratamiento hasta el cuarto mes con dosis insuficiente de metil o propiltiouracilo (150 mg/d), controlándose posteriormente con 500 mg/d del antitiroideo.

La conducta seguida fue la de admi-nistrar el antitiroideo de síntesis en dosis necesaria para alcanzar el eutiroidismo, y una vez logrado éste, añadir tiroides desecado (120 mg) durante todo el embarazo disminuyendo progresivamente el primero. En ningún caso se suspendió el antitiroideo de síntesis, fluctuando la dosis de mantenimiento entre 50 y 150 mg. La evolución de los casos se realizó clínicamente mediante el índice de tiro-toxicosis⁴ y químicamente por P.B.I.

Los recién nacidos fueron valorados clínicamente, determinándose edad ósea en nueve de ellos.

RESULTADOS

Embarazo: El embarazo transcurrió normalmente en ocho pacientes.

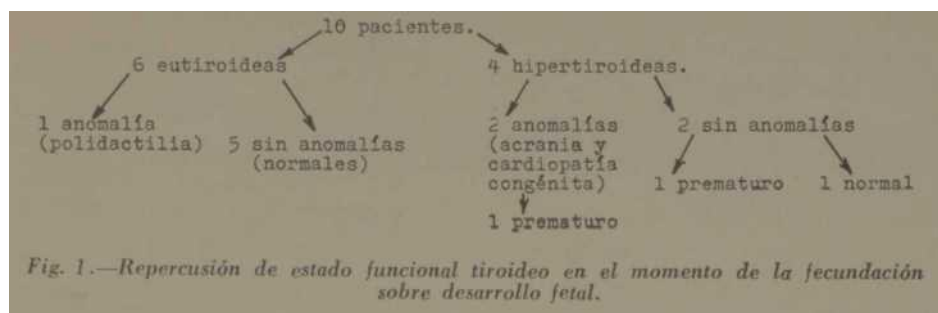
Dos no completaron los nueve meses (MSG) y (ANG).

Parlo: Fue por vía vaginal normal en ocho pacientes y cesáreas en dos, después de fallar la inducción. CGR a término y ANC a las 32 semanas.

Recién nacido: Se obtuvieron nueve fetos vivos y uno muerto acranio, a término (UPL). De los nueve vivos dos presentaron anomalías congénitas: uno polidactilia (YNC) y el otro cardiopatía congénita, que le ocasionó la muerte pocos días después del parto (MSG). Otros dos fueron prematuros (ANC y MSG). Ninguno presentó bocio y/o hipertiroidismo o hipotiroidismo. La edad ósea fue normal en nueve de ellos y en el otro no se determinó (MSG).

La evolución posterior de los niños ha sido normal durante el período de observación que varía desde tres meses a cuatro años.

La repercusión del estado funcional del tiroides en el momento de la fecundación sobre el desarrollo fetal (Fig. 1) fue mayor en las pacientes que eran hipertiroideas en dicho momento. Así vemos que de los 6 fetos nacidos de madres eutiroideas bajo tratamiento con antitiroideos de síntesis, sólo 1 presentó anomalías (polidactilia, YNC) mientras que de las 4 hipertiroideas, 2 nacieron con anomalías (cardiopatía congénita MSG y acramia UPL), 2 fueron prematuros (incluido 1 con anomalía) y sólo 1 fue normal.



COMENTARIOS

En nuestros casos no fue posible constatar una mejor respuesta al tratamiento del hipertiroidismo materno en el curso del embarazo, ya que mantuvieron una evolución similar a la de pacientes no embarazadas bajo tratamiento con antitiroideos de síntesis.

Tampoco constatamos una agravación del hipertiroidismo y aunque esto pudiera pensarse en la paciente cuyo control fue imposible, debemos señalar que antes de la gestación no se pudo yugular su hiperfunción tiroidea a pesar del tratamiento con antitiroideos de síntesis y yodo radiactivo.

La repercusión del hipertiroidismo sobre el embarazo se limita solamente al parto prematuro, ya que no se presentaron abortos ni toxemia gravídica. El parto prematuro se presentó exclusivamente en la paciente cuyo tratamiento y control comenzó tardíamente y en la no controlada (ANC y MSG).

No se constató bocio ni hiperfunción tiroidea, así como tampoco retardo en la osificación, ni alteraciones en el desarrollo psicomotor de los niños. Aunque las anomalías observadas (polidactilia, cardiopatía congénita y acrania) pueden incluirse bajo el término de la llamada "embriopatía Basedowiana", puesto que se presentaron en pacientes no controladas en el momento de la fecundación; es

de señalar que dos de dichas pacientes recibieron I-131 como tratamiento de su hiperfunción tiroidea con anterioridad a la gestación.

De acuerdo con lo expuesto, consideramos como satisfactorios los resultados obtenidos con el tratamiento seguido: antitiroideos de síntesis en dosis progresivamente decrecientes, de acuerdo con el estado funcional del tiroides, asociado a tiroides desecado en dosis de 120 μg / día.

La administración de tiroides tiene razón de ser en lo planteado por Van Wyk¹¹; (pues el paso de la hormona tiroidea del feto a la madre y viceversa depende de la concentración de hormona libre existente, relacionada esta última con la concentración de TBG aumentada durante el embarazo y de hormona tiroidea circulante. El antitiroideo de síntesis pudiera disminuir la concentración de hormona tiroidea a niveles subnormales, lo que asociado a un incremento de la TBG crearía la condición necesaria para el paso de hormona del feto a la madre, por lo que es necesario evitar que la concentración de hormona tiroidea descienda por debajo de los límites normales propios de la gestación. El uso de tiroides desecado o de L-tiroxina en dosis aceptadas como sustitutivas, resguarda de lo señalado anteriormente, permitiendo un embarazo a término sin complicaciones fetales.

CUADRO I

CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE NUESTROS PACIENTES

	Edad	Estado en el momento de la fecundación	Tratamiento previo	Dosis de PT durante el embarazo.	Dosis de tiroides durante el embarazo.	Embarazo	Parto	Feto	Evolución posterior.
CRM	23 as.	Eutiroidea	PT	100 mg	120 mg (1)	Normal	Normal	Normal	Normal
CGR	25 as.	Eutiroidea	PT	300-100 mg	120 mg (4)	Normal	Cesárea	Normal	Normal
MAC	29 as.	Eutiroidea	PT	200-100 mg	120 mg (1)	Normal	Normal	Normal	Normal
MRF	23 as.	Hipertiroidea	PT	400- 50 mg	120 mg (3)	Normal	Normal	Normal	Normal
CMH	35 as.	Eutiroidea	PT	150- 50 mg	120 mg (2)	Normal	Normal	Normal	Normal
YNG	24 as.	Eutiroidea	I-131-PT	200- 50 mg	120 mg (2)	Normal	Normal	Polidactilia	Normal
MSG	24 as.	Hipertiroidea	I-131-PT Cirugía	105 gr	120 mg (5)	DP	Normal	Prematuro cardiopatía congénita.	Murió post-partum
PDP	33 as.	Eutiroidea	PT	550-150 mg	120 mg (3)	Normal	Normal	Normal	Normal
ANC	23 as.	Hipertiroidea	PT	500-450 mg	120 mg (7)	Normal	Cesárea	Prematuro	Normal
UPL	41 as.	Hipertiroidea	PT	200- 50 mg	120 mg (3)	Normal	Normal	Acranio	Nacido muerto

PT.—Propiltiouracilo. Dosis inicial y la recibida durante el parto.

DP.—Deficiencia placentaria.

Los números entre paréntesis que aparecen junto a la dosis de tiroides señalan el mes en que comenzó a administrarsele.

SUMMARY

Alavez Martín, E., F. Ocloa. *Hyperthyroidism and pregnancy: treatment results with synthetic antithyroids and dried thyroid. Preliminary report.* Rev. Cub. Med. 11: 2, 1972-

Results from 10 pregnant hyperthyroid patients treated with synthetic antithyroid and dried thyroid drugs are described. Notwithstanding two stillbirths and three fetuses with anomalies, the results are considered to be satisfactory. Theoretical reasons for the applied treatment are discussed.

RESUME

Alavez Martín E. y Francisco Ochoa T. *Hyperthyroïdisme et grossesse: résultats du traitement avec anti-thyroïde de synthèse et thyroïde desséché. Rapport préliminaire.* Rev. Cub. Med. 11: 2, 1972.

Les auteurs présentent les résultats obtenus sur 10 patientes hyperthyroïdaies enceintes, traitées avec anti-thyroïde de synthèse et thyroïde desséché. On estime que ces résultats sont satisfaisants bien qu'il y avait deux fœtus morts et trois qui présentaient des anomalies. On expose les raisons théoriques du traitement utilisé.

PE3KME.

AjiaB33 MapTHH 3., i>paHCHCKO 0^oa.rnnePTiiponnH3M h 6epeMeHHocTt:pe-3yji>TaTH JieqeHH TnpoimáMH n atiTiiTHpóitjaarfl ciiHTe3a.úpe^r.apnTejiLHoe Cooómerae. Hev. Cub. Med. lis 2, 1972.

UpejicTargiflioTCH pe3yjiBTam, nocTiiHyTHE nocpejicTBOM jie^emin BHcymeH- hlim TiipoEjioM h aHTHTHpomlOM cnHTe3a 10 óepeweHHHX sernimH .CTpajiao- IHHX n0BumeHH0ii ceKperaiefi iuetobhjiiofi sejie3H. IlojioTjiTejiBHHe pe3yjiB- TaTU ÓHJIH B OCHOBHOM J[OCTKTHyTH, XOTH HMeeTCH TpH IYtOfia C aHOMaJIH— eS.ÍBoe H3 KOTOpUX MepTBUX. IipHBOiJITCH TeOpeTEWeCKOe OÓOCHOEaHHe nejiecoo(5pa3HocTH Hcrj0JiB30BaHH0r0 MeTOjia

BIBLIOGRAFIA

1. —Asper, S. P. Jr. and London, F.: Thyro- toxicosis and pregnancy Tr. Am. Climat and Clin. 72. 110, 1960*
2. —Astivood, E. B.: Use of Antithyroid drugs during pregnancy. J. Clin Endocr. 11: 1045, 1951.
3. —Bell, G. O. and Hall, J.: Hyperthyroidism and Pregnancy. M. Clin of N. Amer. 363. Marzo 1963.
4. —Crooks, J. Murray, I. P. C. and Wayne, E. J.: Statistical Methods applied to the Clinical diagnosis of thvrototoxicosis. Quart J. of Medicine 28: 110, 211, 1959.
5. —Hawe, P. and Frunci, H. M.: Pregnancy and thyrotoxicosis. British M J. 817: 5308, 1962.
6. —Herbst, A. and Selenkow, II. A.: Combined Antithyroid-thyroid therapy of hyperthyroidism iu Pregnancy. Obst. and Gynee. 21. 543, 1963.
7. —Piper, J. and Rosen, J.: Management of hyperthyroidism during pregnancy. Acta Med. Scandinavt 150: 215, 1954.
8. —Van Wyk, j. J.: Hyperthyroidism in the Pregnant woman and the neonate. J. Clin. Endocr. 27: 1637, 1967.