



Segunda Opinião Formativa (SOF)

Paciente com hipotireoidismo pode engravidar?

Área temática: Saúde da Mulher

Área do Profissional Solicitante: Enfermagem

CIAP2: T86 Hipotireoidismo/mixedema, W84 Gravidez de alto risco

DeCS/MeSH: Hipotireoidismo , Gravidez

Os distúrbios tireoidianos são comuns em mulheres adultas em fase reprodutiva e se devem, principalmente, à deficiência de iodo, que ainda ocorre em extensas áreas do planeta, ou a alterações imunológicas. As repercussões da disfunção tireoidiana na gestação são ainda maiores, tendo em vista as profundas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem neste período, bem como a dependência dos hormônios tireoidianos e do iodo maternos evidenciada no feto.

A frequência de hipotireoidismo na gestação varia em cada país, porém estima-se em torno de 0,3% a 25%. Em países que não possuem deficiência ingesta de iodo, a doença tireoidiana autoimune é a principal causa de hipotireoidismo. Esta doença relaciona-se com um grande número de complicações para a mãe e para o desenvolvimento dos fetos, sendo as mais frequentes a hipertensão gestacional e o baixo peso fetal. Outras complicações observadas são hemorragia pós-parto, malformações congênitas e aumento do número de abortos espontâneos.

Atualmente não existem relatos que mulheres com hipotireoidismo não possam engravidar. Algumas vezes, principalmente se a mulher não está adequadamente tratada, torna-se mais difícil, pois pode influenciar na ovulação. A associação de hipotireoidismo com anovulação fez com que muitos médicos, no passado,

concluíssem que gestações complicadas por hipotireoidismo eram extremamente raras. Contudo, estudos posteriores indicaram que estas mulheres, se tratadas, podem engravidar e desenvolver os fetos sem maiores complicações.

Complemento da resposta

Estudos relataram que o desenvolvimento intelectual dos filhos das mães com hipotireoidismo pode ser comprometido. Em torno de 20% dessas crianças têm níveis de quociente de inteligência (QI) reduzidos, mostrando, desta forma, a importância da avaliação da função tireoidiana antes ou durante o início da gestação.

O parâmetro mais confiável para monitorar a função da tireoide na gravidez e fora dela é a dosagem do TSH. Sendo assim, o TSH é de suma importância no diagnóstico de disfunções tireóideas de modo precoce. Mulheres que já estão fazendo tratamento com reposição de hormônio tireoidiano irão necessitar durante a primeira metade da gravidez de acréscimo de aproximadamente 50%, sendo iniciado no primeiro trimestre. Esse aumento na dosagem está recomendado em 30%, tão logo confirmada a gravidez, e subseqüentes ajustes poderão ser feitos de acordo com o monitoramento do TSH. Após o parto, redução gradual pode ser feita, tendo a monitoração do TSH novamente como parâmetro.

Atributos APS

A realização de um pré-natal adequado, com acompanhamento regular e solicitação de exames, assim como busca ativa das gestantes faltosas é essencial para que se consiga tratar as mulheres com hipotireoidismo e possa se evitar várias complicações.

Educação permanente

Até o momento, não existe consenso para o rastreamento universal da disfunção tireoidiana na mulher grávida ou em mulheres na fase reprodutiva. Entretanto, é recomendado reconhecer grupos de mulheres que apresentem maior risco para desenvolver o hipotireoidismo, nas quais a dosagem de TSH deve ser realizada na primeira consulta de pré-natal ou no momento do diagnóstico da gravidez e, quando indicado, o apropriado início da terapia com hormônio tireoidiano.

Indicações para a dosagem de TSH durante a gravidez em mulheres com maior risco para desenvolver o hipotireoidismo:

- Pacientes com hipotireoidismo, estabelecido previamente à gestação, fazendo uso de tiroxina;
- pacientes com bócio;
- história de doença auto-imune tireoidiana (autoanticorpos tireoidianos positivos, história de tireoidite pós-parto, doença de graves em remissão);
- história familiar de doença auto-imune tireoidiana;
- portadoras de diabetes melito tipo 1 ou outra doença auto-imune (por exemplo: vitiligo, artrite reumatóide, síndrome de Sjögren etc.); possível diminuição da reserva tireoidiana (história prévia de irradiação do pescoço, tireoidectomia parcial);
- mulheres com antecedentes de parto prematuro ou aborto.

BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

1. Maciel LM, Magalhaes PK. Tireoide e gravidez. Arq Bras Endocrinol. 52, n. 7, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000700004&lng=en&nrm=iso>. [Acesso em 27 Jan 2015].
2. Alberti LR et al. Abortamento em mulheres com hiper e hipotireoidismo tratado. An Fac Med Univ Fed Pernambuco. 2007; 52 (2).
3. Costa SM et al . Hipotireoidismo na gestação. Rev Bras Saude Mater Infan. 2004; 4(4): 351-358. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000400003>>. [Acesso 27 Jan 2015].
4. Figueiró-Filho EA et al. Tireoideopatias e gravidez. Femina. 2008, 36(7).
5. Barth N et al. Avaliação dos efeitos do hipotireoidismo na gestação. RBAC. 2010, 42(2): 145-148. Disponível em: <<http://sbac.org.br/rbac/019/289.pdf>>. [Acesso 27 Jan 2015].