



Informação ao Paciente

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - Regional São Paulo

DOENÇAS TIREOIDIANAS NA GESTAÇÃO E NO PÓS-PARTO

Prevenção é essencial

O acompanhamento

Toda mulher que planeje ter filhos precisa fazer um acompanhamento de saúde bem completo, mesmo antes de engravidar. Os principais hormônios responsáveis pela ocorrência e evolução da gestação apresentam influência direta sobre os hormônios da tireoide, por isso a necessidade de orientação por um endocrinologista, que verificará se o hormônio estimulador da tireoide (TSH) está de acordo com as faixas de referência normal.

Segundo a Associação Americana de Tireoide (ATA, sigla em inglês), a avaliação da função tireoidiana antes da gestação está indicada nas mulheres com as seguintes condições:

- | | |
|--|--|
| - Idade acima dos 30 anos | - Diagnóstico de infertilidade |
| - Histórico pessoal de diabetes tipo 1 ou outras doenças autoimunes | - Histórico de parto prematuro ou aborto espontâneo |
| - Obesas | - Registro de disfunção ou cirurgia de tireoide |
| - Sob uso de hormônio tireoidiano | - Administração recente de contraste radiológico iodado |
| - Positividade no sangue para anticorpo antitiroperoxidase (antiTPO) | - Irradiação prévia da região da cabeça ou pescoço |
| - Moradoras de áreas com insuficiência de iodo | - Histórico familiar de disfunção e/ou autoimunidade tireoidiana |

Sintomas

Algumas manifestações clínicas também sugerem disfunção tireoidiana: pele seca, cansaço excessivo, sonolência, queda de cabelo, diminuição da memória, obstipação intestinal (no hipotireoidismo); e taquicardia, falta de ar e sudorese excessiva (no hipertireoidismo).

O hipotireoidismo pode dificultar que a mulher engravide e favorecer o parto prematuro. Os sintomas podem ser facilmente confundidos com os da gestação, por isso a necessidade do acompanhamento médico.

Durante a gravidez

No decorrer de uma gestação normal, ocorrem mudanças complexas na fisiologia da tireoide, determinando aumento importante na demanda por hormônios tireoidianos (HTs). Essas mudanças ocorrem por causa de diversos fatores, entre eles:

- Aumento das concentrações circulantes de estrogênio (hormônio feminino);
- Aumento da gonadotrofina coriônica humana, um hormônio que apresenta semelhança com o hormônio estimulante da tireoide (TSH), que é produzido na hipófise;
- Aumento da taxa de filtração glomerular, com consequente aumento na depuração renal de iodo, o que provoca estímulo indireto à tireoide materna e fetal.

O exame que detecta o hipotireoidismo mede as concentrações de TSH (hormônio estimulante da tireoide) e do T4 livre no sangue. O TSH estimula a tireoide a produzir os hormônios T3 e T4. Se as concentrações desses hormônios no sangue estão normais, eles inibem o TSH. Mas se o TSH estiver muito alto, significa que a glândula tireoide não está produzindo o T3 e o T4 como deveria.



Foto: iStock



Todas essas mudanças fazem com que, numa gestante sem disfunção tireoidiana, haja aumento do volume da tireoide, elevação de cerca de 50% na síntese dos hormônios tireoidianos e maior **necessidade de ingestão de iodo** (ao redor de 50%). Porém o excesso de iodo também pode ser prejudicial à mãe e ao feto.

Além disso, os testes que avaliam a função tireoidiana na gestante devem ser interpretados de forma distinta, uma vez que o TSH apresenta valores mais baixos, especialmente no primeiro trimestre da gestação.

Os riscos para a saúde da mãe e do filho

A falta de orientação e controle médico em uma gestante que apresenta hipotireoidismo pode trazer riscos como atraso no crescimento intrauterino do feto, hipertensão gestacional e parto prematuro. O hipotireoidismo materno não tratado também aumenta o risco de crianças terem problemas neurocognitivos.

Importante que o seu médico saiba

Em janeiro de 2017, a American Thyroid Association (ATA) publicou uma revisão das diretrizes para diagnóstico e condução de disfunções tireoidianas na gestação (<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/thy.2016.0457>), com ênfase em uma série de aspectos para a boa prática do endocrinologista, como:

- Na avaliação da função da tireoide durante a gestação, o ideal seria ter um valor de referência para o TSH que fosse específico para cada trimestre da gestação. Não sendo isso possível, os limites de referência poderiam usar os valores dos testes laboratoriais convencionais (0,5-4,5 mUI/L) para as não gestantes, reduzindo-se em 0,4 mUI/L o limite inferior e em 0,5 mUI/L o limite superior da normalidade;
- Embora a falta de iodo seja um problema tanto para a mãe quanto para o feto e recém-nascido, o excesso também deve ser evitado, considerando-se abuso de ingestão de iodo uma quantidade maior que 500 microgramas por dia;
- A presença de anticorpos antitireoide séricos na gestante está associada a abortamentos, sangramento, parto prematuro e alterações cognitivas do bebê. No entanto, em mulheres com TSH normal e anticorpos positivos, que apresentem história de abortamentos de repetição ou planejem realizar fertilização *in vitro* devido à infertilidade, o médico que acompanha o caso pode considerar o uso da levotiroxina em baixas doses (25-50 microgramas/dia) devido ao baixo risco para a saúde com essas dosagens em relação aos potenciais benefícios de sucesso de uma gestação;
- Em regiões geográficas onde há registro de deficiência de iodo, as mulheres deveriam ser tratadas, preventivamente, com óleo iodado (400 mg anualmente) se não houver outra forma de reposição para a deficiência daquela população;
- Há necessidade de suplementação com iodo em gestantes moradoras de regiões geográficas com deficiência leve/moderada desse elemento (50-149 microgramas/dia). Essa recomendação, em particular, parece que pode impactar diretamente o Brasil, uma vez que dois estudos relativamente recentes, em São Paulo (<http://www.scielo.br/pdf/abem/v58n3/0004-2730-abem-58-3-0282.pdf>) e no Rio Grande do Sul (<http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF03345612>), mostram que 20% a 57% das gestantes apresentam concentrações de iodúria compatível com deficiência leve/moderada (< 150 microgramas/L de urina).

Um aspecto importante a esse respeito, levantado recentemente por pesquisadores de Campinas (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26700644>), mostra que, se o médico recomendar essa suplementação, deve estar muito atento aos principais produtos contendo vitaminas e nutrientes habitualmente usados nas gestantes e puérperas, uma vez que menos de 40% deles contém a quantidade de iodo recomendada pela Organização Mundial da Saúde (150 microgramas/dia).

Toda investigação e tratamento devem ser individualizados.

Aviso importante: a informação contida neste material não deve ser usada para diagnosticar ou prevenir doenças sem a opinião de um especialista. Antes de iniciar qualquer tratamento, procure um médico.