



As Doenças da Tiróide
e a Gravidez

As Doenças da Tiróide e a Gravidez

Que efeito tem a gravidez no funcionamento da tiróide?

Várias alterações fisiológicas próprias da gravidez obrigam a glândula tiróide a um esforço acrescido:

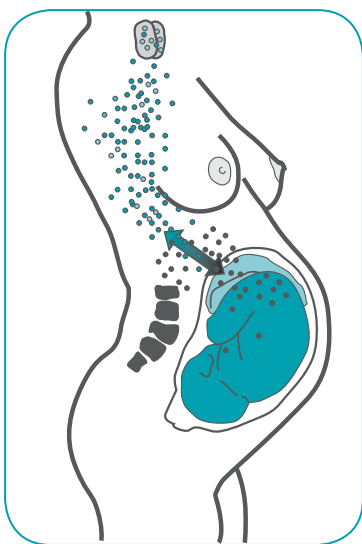
- ♥ O aumento dos níveis de estrogénio no sangue condiciona um acréscimo das proteínas de transporte das hormonas tiroideias em circulação, o que conduz a um aumento dos níveis totais de hormonas tiroideias no sangue. Porém, as hormonas «livres» (não ligadas às proteínas e que representam a forma activa da hormona) diminuem, embora permaneçam em geral dentro de valores normais.
- ♥ Aumento do volume sanguíneo e, portanto, do volume de distribuição das hormonas tiroideias (fenómeno de diluição).
- ♥ Aumento das perdas de iodo pela urina e passagem através da placenta para o feto, com eventual risco de carência de iodo, necessário para a produção das hormonas tiroideias.
- ♥ Produção de hCG (gonadotrofina coriónica humana), hormona de origem placentária, que atinge os valores mais elevados no fim do primeiro trimestre da gravidez. Por semelhanças estruturais com a hormona estimulante da tiróide (TSH), pode

assumir as suas funções, aumentando a produção de hormonas pela tiróide. A valores mais elevados de hCG correspondem valores mais baixos de TSH.

Estas alterações próprias da gravidez traduzem-se em alterações das análises laboratoriais utilizadas para estudar o funcionamento da tiróide e **obrigam a uma correcta interpretação dos resultados encontrados.**



Quais as implicações para o feto?



A tiróide fetal e o sistema que normalmente regula a sua função **só funcionam em pleno a partir das 20 semanas de gestação.** Até lá, o feto depende exclusivamente das hormonas tiroideias maternas que são essenciais para um normal desenvolvimento do sistema nervoso central.

As doenças da tiróide são frequentes na gravidez? Têm relevância clínica? São fáceis de diagnosticar?

As doenças da tiróide são relativamente frequentes na população em geral e, em particular, nas mulheres em idade fértil.

A gravidez pode alterar a evolução natural das doenças da tiróide e as doenças da tiróide (e o seu tratamento) possam afectar a evolução normal da gravidez, a mulher grávida e o feto.

O diagnóstico é feito através do doseamento das hormonas tiroideias no sangue e da ecografia da tiróide. É importante lembrar que, **na gravidez, os resultados das análises poderão ter uma interpretação diferente, porque os valores de referência habituais apresentados pelo laboratório podem não ser adequados para a gravidez.**

Quais são as doenças mais frequentes? Que implicações têm? Como tratá-las?

Hipotireoidismo

A carência materna de hormonas tiroideias (hipotireoidismo) pode atingir mais de 3% das gestações. Em alguns casos, esta situação já era conhecida pela mulher antes de engravidar. A causa mais frequente é uma inflamação crónica da tiróide, de natureza auto-imune: a **tiroidite crónica auto-imune** (linfocítica ou de Hashimoto).

Se não for tratado, o hipotireoidismo provoca alteração do desenvolvimento cerebral e intelectual do feto. Relaciona-se ainda com um aumento da incidência de abortamento e de parto pré-termo. Os sinais e sintomas são inespecíficos e facilmente confundíveis com queixas frequentes na gravidez: aumento de peso, falta de forças, cansaço e obstipação. Pode haver ainda um aumento do volume da glândula tiroi-

deia, vulgarmente conhecido por bócio.

O tratamento é obrigatório e faz-se com levotiroxina (L-T4), a hormona que a tiróide produz em maior quantidade e que se pode transformar em T3 de acordo com as necessidades.

Se o hipotiroidismo já era conhecido antes da gravidez, a dose de **levotiroxina** deve ser aumentada até 30% ou 50%, pelas 4 a 6 semanas de gestação.

Após o parto, as necessidades de levotiroxina, em geral, diminuem para as doses habituais na mulher não grávida, mesmo durante o período de amamentação.

Hipertiroidismo

O excesso materno de hormonas tiroideias (hipertiroidismo) é uma situação mais rara que a anterior, mas pode atingir até 1% das grávidas. A causa mais frequente é a **Doença de Graves**, também de natureza auto-imune.

O hipertiroidismo não tratado relaciona-se com o aumento da incidência de abortamento e de parto pré-termo, baixo peso ao nascer, pré-eclampsia, insuficiência cardíaca na mãe e no feto e morte intra-uterina.

A clínica também é inespecífica, confundindo-se com queixas frequentes na gravidez: vômitos, emagrecimento, taquicardia e intolerância ao calor. O bócio e a exoftalmia (procidência dos globos oculares) são sinais mais específicos da Doença de Graves.

No tratamento do hipertiroidismo da grávida no 1.º trimestre ou da mulher que pretende engravidar, é preferido um fármaco antitiroideu específico – o propiltiouracilo – que apresenta menor risco de provocar malformações no feto. No 2.º e 3.º trimestres, recomenda-se o tiamazol, que é menos tóxico para o fígado. Se a cirurgia for necessária (raramente por efeitos secundários graves dos fármacos), deverá ser realizada no decurso do 2.º trimestre da gravidez.

O tratamento com iodo radioactivo está absolutamente contra-indicado.

O seu médico controlará regularmente a função tiroideia para ajustar as doses do medicamento. É provável que a doença melhore ao longo da gravidez, levando a uma redução das doses do tratamento. Porém, poderá haver um agravamento da doença após o parto.

Tiroidites

A tiroidite é um processo inflamatório da glândula tiroideia, em geral crónico e de natureza auto-imune. Os anticorpos antitiroideus (antiperoxidase tiroideia e antitireoglobulina) são detectados muito frequentemente (em 10% a 15% das grávidas). Os níveis destes anticorpos descem progressivamente durante a gravidez, mas podem subir de novo no pós-parto. Estas mulheres têm um risco aumentado de desenvolver **hipotiroidismo**, pelo que a função tiroideia deverá ser vigiada uma vez por trimestre. Muitas desenvolverão um processo de tiroidite nos primeiros 6 meses após o parto – **tiroidite pós-parto**. Caracteriza-se por uma inflamação indolor, com uma fase inicial de aumento dos níveis sanguíneos de hormonas tiroideias, seguido de normalização e posterior diminuição destes níveis hormonais. Habitualmente, esta situação tem uma resolução espontânea, mas há tendência para voltar após a gravidez seguinte. Cerca de 20% a 60% das mulheres com história de tiroidite pós-parto desenvolverão **hipotiroidismo definitivo** em 5 a 10 anos.

Doença nodular

A investigação dos nódulos da tiróide durante a gestação é semelhante à da mulher não grávida e inclui uma avaliação da função tiroideia através de análises sanguíneas, da realização de uma ecografia e de uma biópsia aspirativa, se indicado. O risco de cancro na mulher grávida é semelhante ao da mu-

lher não grávida e a gravidez não agrava o seu prognóstico. O diagnóstico de cancro da tiróide obriga a cirurgia, que geralmente se adia para depois do parto. Em situações graves, poderá optar-se por uma intervenção cirúrgica no 2.º trimestre, período da gravidez em que o risco é menor para o feto. O tratamento com Iodo131, quando necessário, será sempre adiado para depois do parto.

Tendo doença tiroideia poderei amamentar? E se necessitar de medicação?



A presença de disfunção tiroideia materna persistente após o parto não é razão suficiente para não amamentar. Apesar de «passarem» para o leite, os fármacos utilizados nas doenças tiroideias podem ser utilizados durante a amamentação com pouco risco para o

recém-nascido.

No **hipotiroidismo**, as necessidades de levotiroxina após o parto diminuem, voltando às necessidades basais.

No **hipertiroidismo**, o fármaco a utilizar será o tiamazol, pois o risco de provocar malformações já não se coloca. Não devem ser ultrapassadas doses de 20 mg/dia.



Para mais informações contactar:



Grupo de Estudo da Tiróide
Sociedade Portuguesa de Endocrinologia,
Diabetes e Metabolismo



Rua Pedro Monjardino, N.º 1B, 1º Dto - 1600-892 Lisboa
Tel.: 21 721 05 48 • Fax: 21 721 05 66

<http://www.spedm-tiroide.org>
E-mail: spedm@netcabo.pt

Produzido com o patrocínio:

MerckSerono
Living science, transforming lives

