

Hipotireoidismo na gestação: uma revisão bibliográfica

¹Luiz Lin Guo Hong  

¹Vitor Vieira Lima 

¹Rodrigo Ferreira Cury 

¹Icaro Tahan Alves de Oliveira Silva 

¹Caio César Ramos Carvalho 

¹Eriel Biasuz Pastorio 

¹Marcos Vinicius Barbosa de Brito 

²Walkiria Silva Soares Marins 

¹ Discente do curso de Medicina. Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, Volta Redonda, RJ.

² Docente do curso de Medicina. Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, Volta Redonda, RJ.

RESUMO

Este artigo discute as complicações do hipotireoidismo gestacional para a saúde materna e fetal, incluindo aborto espontâneo e parto prematuro. Embora o rastreamento universal não seja recomendado, as gestantes com fatores de risco devem ser avaliadas. O diagnóstico é feito por exame clínico e dosagem de TSH e T4 livre sérico, no qual o tratamento é obrigatório para hipotireoidismo evidente devido a sua associação com resultados adversos na gravidez e desenvolvimento fetal. O hipotireoidismo subclínico é uma forma mais suave e a opção de tratamento é controversa. Portanto, é fundamental o diagnóstico precoce e o tratamento adequado do hipotireoidismo na gestação. A metodologia utilizada foi uma revisão literatura narrativa de 18 artigos utilizando bancos de dados como *Scielo*, *UpToDate*, *Google Acadêmico*, *PubMed* e *Elsevier*.

Palavras-chaves: Hipotireoidismo. Gestação. Tratamento. Rastreamento. Sintomas.

ABSTRACT

This article discusses the complications of gestational hypothyroidism for maternal and fetal health, including miscarriage and preterm birth. Although universal screening is not recommended, pregnant women with risk factors should be evaluated. Diagnosis is made by clinical examination and dosing of serum TSH and free T4, and treatment is mandatory for overt hypothyroidism because of its association with adverse pregnancy and fetal development outcomes. Subclinical hypothyroidism is a milder form and the treatment option is controversial. This way, early diagnosis and appropriate treatment of hypothyroidism in pregnancy is essential. The methodology used was a narrative literature review of 18 articles using databases such as *Scielo*, *UpToDate*, *Google Scholar*, *PubMed* and *Elsevier*.

Keywords: Hypothyroidism. Pregnancy. Treatment. Screening. Symptoms.



1 INTRODUÇÃO

O hipotireoidismo é uma condição clínica em que há uma produção ou ação insuficiente dos hormônios tireoidianos (HT), resultando em uma redução geral da velocidade dos processos metabólicos do corpo. Durante a gestação, o hipotireoidismo pode afetar cerca de 2 a 3% das mulheres, o que pode levar a complicações obstétricas, como aborto espontâneo, pré-eclâmpsia, parto prematuro e retardo do desenvolvimento neuropsicomotor fetal. Portanto, é essencial que as mulheres grávidas sejam avaliadas quanto à função tireoidiana e iniciem o tratamento adequado precocemente, caso seja necessário. ^{(18), (14)}

O presente artigo tem como objetivo discutir as complicações do hipotireoidismo gestacional, destacando sua relevância em decorrência de sua incidência e comprometimento da evolução do período gestacional e pós-parto para o feto.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, de natureza descritiva e narrativa de caráter exploratório. Para a realização desta pesquisa, foram selecionados descritores relevantes, tais como hipotireoidismo, gestação, tratamento, rastreamento, sintomas, nas principais bases de dados científicas, como *Scielo*, *UpToDate*, *Google Acadêmico*, *PubMed* e *Elsevier*. Os critérios de inclusão utilizados para a seleção dos artigos foram: publicações a partir de 2018 e que abordassem especificamente a associação entre hipotireoidismo e gestação. Já os critérios de exclusão foram: artigos publicados antes de 2017 e aqueles que tratavam do hipertireoidismo em vez do hipotireoidismo na gestação. Com essa abordagem, foi possível selecionar um número específico de artigos que foram analisados cuidadosamente e que forneceram uma base sólida para a elaboração deste estudo de revisão de literatura.

3 RASTREAMENTO DO HIPOTIREOIDISMO GESTACIONAL

O rastreio universal da doença da tireoide antes ou durante a gravidez permanece sob discussão científica. Para que o rastreio seja recomendado, é necessário que qualquer condição índice seja prevalente, podendo ser relatado sintomas ou não. ⁽³⁾ Entretanto, em pessoas que possuem o índice de massa corporal (IMC) grávidico, casos de hipotireoidismo na família, tireoidectomia, doenças autoimunes que afetam o eixo endócrino do paciente, é recomendado a realização de uma investigação da função tireóidea. ⁽¹⁷⁾

Podemos dizer que a detecção de níveis elevados de anticorpos anti-tireoperoxidase (TPO) podem identificar mulheres com risco de desenvolver hipotireoidismo durante a gravidez e tireoidite pós-parto, por isso, deve ser considerado um marcador laboratorial importante no rastreio. Para mulheres com baixa propensão a ter doença de Graves e que estão eutireoidianas, e sem doses de droga antitireoidiana (DAT), indica-se a suspensão de medicação e que se faça uma observação da função da tireoide. Além disso, regiões próximas ao mar podem refletir em alterações na função tireoidiana em gestantes, pela alta ingestão de iodo, justificando sua investigação no pré-natal. ^{(12), (2), (17)}

4 MÉTODO CLÍNICO

Durante a gravidez, o hipotireoidismo pode ser considerado uma desordem hormonal que pode ter impactos negativos tanto na saúde materna quanto no desenvolvimento fetal. Segundo a sociedade brasileira de endocrinologia, os principais critérios estabelecidos para diagnósticos de hipotireoidismo na gravidez consistem em exame clínico e dosagem de TSH e T4 livre sérico, sendo o TSH o padrão-ouro para a avaliação das funções tireoidianas.

Em indivíduos com TSH aumentado associado a T4 livre diminuído indica hipotireoidismo primário ou evidente, o qual pode ser causada por tireoidite linfocitária crônica (TLC) e acomete cerca de 0,2% a 0,6% das gestantes. Nesse caso, procede-se a dosagem por de anticorpos antitireoglobulina e anti-TPO. Casos de TSH aumentado associado a T4 livre normal, há o diagnóstico de hipotireoidismo subclínico. Dito isso, essa manifestação do hipotireoidismo é a mais branda e atinge cerca de 18% das gravidezes. Ainda há casos de TSH normal ou diminuído relacionados a T4 livre baixo, indicando hipotireoidismo hipotálamo-hipofisário. ^{(11), (13), (16), (6).}

O monitoramento tem valores de referência com base no trimestre da gravidez. Dessa maneira, no primeiro trimestre os valores devem ser de 0,03 a 2,3 mIU/l, enquanto no segundo trimestre os valores devem ser de 0,03 a 3,1mIU/l, por fim, no terceiro trimestre os valores devem ser 0,13 a 3,5mIU/l. ⁽¹⁰⁾

5 OS PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS QUE PODEM SER USADOS PARA IDENTIFICAR O HIPOTIREOIDISMO GESTACIONAL

Hipotireoidismo Gestacional (HG) pode ser identificado através de sintomas como sonolência, queda de cabelo, sensação de fraqueza, memória fraca, prisão de ventre, raciocínio lento, pele seca, sensação de frio, bradicardia, bócio e rouquidão. Exames laboratoriais são necessários para detectar a disfunção tireoidiana. Durante a gravidez, ocorrem alterações nos níveis hormonais da tireoide e os valores de referência específicos para mulheres grávidas devem ser considerados. Altas concentrações de anticorpos anti-TPO aumentam o risco de hipotireoidismo subclínico e tireoidite pós-parto, além de diminuir a probabilidade de ter gonadotropina coriônica humana (hCG). ^{(2), (5), (6), (7)}

6 CONSEQUÊNCIAS DO HIPOTIREOIDISMO NA GRAVIDEZ

O hipotireoidismo durante a gravidez pode causar várias complicações para a mãe e o bebê. As mulheres com hipotireoidismo têm maior incidência de doenças crônicas, obesidade, hipertensão, diabetes gestacional e perda gestacional. Há também maior chance de parto por cesariana, parto pré-termo e pós-termo, e aparições de pré-eclâmpsia. Além disso, os filhos podem ter uma diminuição do QI e prejuízos neurológicos no desenvolvimento, além de internamentos por doenças infecciosas, necessidade de tratamentos em contexto de unidade de cuidados intensivos neonatais, sepse, anemia e síndrome de angústia respiratória. Existem quatro formas principais de hipotireoidismo durante a gravidez: síndrome do eutireoideo doente, hipotireoidismo manifesto ou evidente, hipotireoidismo subclínico e hipotiroxinemia isolada. As consequências podem variar, mas os resultados relatados são importantes. ⁽⁹⁾

7 QUAIS OS IMPACTOS DO HIPOTIREOIDISMO PARA A GESTANTE E PARA O FETO? (PRÉ E PÓS-NATAL)

A priori, o hipotireoidismo clínico e o subclínico estarão presentes em níveis de T4 subnormais e, ou, normais, acompanhados de TSH elevado.⁽¹⁵⁾ Desse modo, as complicações que apresentam maior associação com o hipotireoidismo congênito são: aborto espontâneo de primeiro trimestre; pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional; descolamento prematuro de placenta; alteração da vitalidade fetal; prematuridade; baixo peso ao nascer; parto cesariano; hemorragia pós-parto; morbidade e mortalidade perinatal; comprometimento neuropsicológico e cognitivo na criança. Para mais, pesquisas relataram que a frequência de aborto espontâneo foi de 8 a 23%, o parto prematuro foi de 7 a 11%, e a placenta abrupta foi de 0,8 a 2%.⁽¹⁾

Dessarte, a lactação é um outro fator que pode ser alterado por consequências do hipotireoidismo gestacional. O leite possui 3 fases: colostro, produzido do último trimestre da gestação até o sétimo dia pós-parto; leite de transição, produzido entre o sétimo e décimo quarto dia pós-parto e leite maduro, produzido a partir do décimo quinto dia pós-parto.⁽⁴⁾ Estudos apontaram uma mudança na composição geral das proteínas do colostro em gestantes com hipotireoidismo, visto que os processos que mediam o metabolismo de proteínas, lipídeos e carboidratos são todos afetados pela concentração do hormônio tireoidiano.

8 TRATAMENTO

As principais medidas de tratamento para o hipotireoidismo têm como base as diretrizes da *American Thyroid Association (ATA)* ⁽⁶⁾ sendo que esta tem por critério a definição do hipotireoidismo, caracterizando-o como subclínico, evidente ou central. Assim sendo, todos requerem tratamento, com exceção de casos de temporários.

Sobretudo, a concentração de hormônios tireoidianos durante a gravidez precisa ser mais elevada que os valores de referências para mulheres normais. Dessa maneira, já na 5ª semana de gestação há um aumento da necessidade de T4 e atinge um platô entre a 16ª e 20ª, mantendo os níveis de TSH adequados para não causar complicações para o feto ou para a mãe.⁽⁷⁾ Dessa maneira, o tratamento deve levar em conta se a paciente já recorria alguma medicação anteriormente, quais as características do hipotireoidismo que se manifesta e tem como principal fármaco a levotiroxina, sendo administrada 1,6 mcg/Kg corporal por dia para níveis de TSH superior ao limite normal específico e FT4 abaixo. Já para gestantes com TSH acima do limite e FT4 normal é administrado 1 mcg/Kg por dia.⁽⁸⁾

9 CONCLUSÃO

Com base na revisão literária realizada, é evidente que o hipotireoidismo gestacional é uma condição clínica que requer atenção e cuidado dos profissionais de saúde, pois o diagnóstico e tratamento adequados são cruciais para prevenir complicações tanto para a mãe quanto para o feto. Embora o rastreamento universal não seja recomendado, é importante avaliar as gestantes com fatores de risco para hipotireoidismo gestacional. A falta de tratamento adequado ou tratamento ineficaz pode levar a consequências graves para a saúde materna e fetal. Portanto, é imprescindível que as gestantes recebam atendimento médico adequado e que a patologia seja tratada efetivamente durante toda a gestação para garantir a saúde e o bem-estar. Ademais, a continuidade da pesquisa

sobre o hipotireoidismo gestacional é crucial para aprimorar as estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento, proporcionando benefícios significativos para as gestantes e seus fetos.

REFERÊNCIAS

- 1) ABUHADBA-CAYAO, Katia Andrea; TALAVERA, Jesús E.; VERA-PONCE, Víctor Juan; et al. Medical treatment in pregnant women with subclinical hypothyroidism: systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 2, p. 227–235, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292022000200227&tlng=en>. Acesso em: 17 abr. 2023.
- 2) AGOSTO, N. 8. – **Rastreo, diagnóstico e manejo do hipertireoidismo na gestação**. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1397876/femina-2022-508-481-491.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2023.
- 3) ALEXANDER, E. K. et al. 2017 guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. **Thyroid: official journal of the American Thyroid Association**, v. 27, n. 3, p. 315–389, 2017.
- 4) CALIL, Valdenise Martins Laurindo Tuma; FALCÃO, Mário Cícero. Composição do leite humano: o alimento ideal. **Revista de Medicina**, v. 82, n. 1-4, p. 1-10, 2003.
- 5) CIGROVSKI BERKOVIĆ, M. et al. Hypothyroidism and pregnancy: still a controversial issue. **Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology**, v. 36, n. 9, p. 776–780, 2020.
- 6) [Douglas S Ross, MD](#) (2023). **Hypothyroidism during pregnancy: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment**. In D.S. Cooper (Ed.), C. J. Lockwood (Ed.), J. E. Mulder (Ed.), *UpToDate*. Acessado em abril 17, 2023, por https://www.uptodate.com/contents/hypothyroidism-during-pregnancy-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment?source=mostViewed_widget#H57693631
- 7) [Douglas S Ross, MD](#) (2023). Overview of thyroid disease and pregnancy. In D.S. Cooper (Ed.), C.J. Lockwood (Ed.), J.E. Mulder (Ed.), *UpToDate*. Acessado em abril 17, 2023, por https://www.uptodate.com/contents/overview-of-thyroid-disease-and-pregnancy?search=Overview%20of%20thyroid%20disease%20and%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H24
- 8) Groot L, Abalovich M, Alexander EK, et al. **Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline**. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021 Jan 6;dgaa100. doi: 10.1210/clinem/dgaa100. Epub ahead of print. PMID: 33395300.
- 9) LÓPEZ-MUÑOZ, E. et al. Hypothyroidism and isolated hypothyroxinemia in pregnancy, from physiology to the clinic. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 58, n. 6, p. 757–763, nov. 2019.
- 10) OLIVEIRA, BF; SILVEIRA, BM; ALONSO, ML; et al. Manejo do hipotireodismo na gestação. **Revista Científica da FMC**, v.14, n.1, p.54-58, 2019.
- 11) PINHEIRO, V. P.; NUNES, C. P. Manejo terapêutico no hipotireoidismo e gestação. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 6 maio 2019.
- 12) POPPE, K. et al. 2021 European Thyroid Association Guideline on Thyroid Disorders prior to and during Assisted Reproduction. **European thyroid journal**, v. 9, n. 6, p. 281–295, 2021.

13) SANTOS, WC; VASCONCELOS, HG; RODRIGUES, FOS; et al. Hipotireoidismo na infância: um relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 7573-7583, 2021.

14) Silva, A.B. Revisão sistemática sobre o rastreamento, diagnóstico e tratamento do hipotireoidismo na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 44, n. 3, p.140-149, março/2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/posicionamentosfebrasgo/FPS-N10-Outubro-2022-portugues.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2023.

15) Solha ST, Mattar R, Teixeira PF, Chiamolera MI, Maganha CA, Zaconeta AC, et al. Rastreio, diagnóstico e manejo do hipotireoidismo na gestação. **Femina**. 2022; 50 (10): 607-17.

16) TAYLOR, P. N.; LAZARUS, J. H. Hypothyroidism in Pregnancy. **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**, v. 48, n. 3, p. 547–556, 1 set. 2019.

17) Universidade Vila Velha- ES. Disponível em: <<https://repositorio.uvw.br/bitstream/123456789/244/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20FINAL%20DE%20TATIANA%20SANTOS%20GUZZO%20DE%20LACERDA.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2023.

18) VILAR, L.; KATER, C. E.; et al. **Endocrinologia clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.