El Dr. Hagman sugirió que debe evitarse el embarazo en las mujeres con síndrome de Turner si existe enfermedad cardiovascular u otros problemas de salud graves. Se recomienda realizarse pruebas de tiroides, renales y hepáticas, además de las pruebas para la diabetes.

«Todos los embarazos deben ser controlados cuidadosamente», aconseja el Dr. Hagman. La presión arterial debe mantenerse por debajo de 140/90 mm de Hg y la ecocardiografía o resonancia magnética, o ambos, se deben realizar dos o tres veces durante el embarazo.

Los resultados del estudio se han publicado recientemente *(Hum. Reprod 2013;28:1598-1509).*

El estudio fue financiado por una variedad de fuentes, entre ellas: la Sociedad Médica de Gotemburgo, subvenciones del acuerdo de ALF en el Hospital Universitario Sahlgrenska, Gotemburgo, Suecia; Fundación Hjalmar Svensson, el nórdico Federación de Sociedades de Obstetricia y Ginecología del Fondo Nórdico, Sociedad Finlandesa de Ginecología Pediátrica y Adolescente; Liv Fundación ochHälsa en Finlandia, y MSD Finlandia, Noruega y Dinamarca. No se informó de conflicto de intereses.

Perlas

El tratamiento adecuado del hipotiroidismo ayuda al éxito de la fertilidad asistida

Sara Freeman, Ob. Gyn. News Digital Network.

London. Las mujeres con hipotiroidismo pueden lograr buenos resultados después de un tratamiento de fertilidad si mantienen bajos niveles de la hormona estimulante de la tiroides antes de la concepción asistida, según los hallazgos de un estudio retrospectivo de tres años.

«Un tratamiento adecuado del mantenimiento de los niveles de TSH en suero por debajo del valor de umbral de 2.5 mUI/L parece superar plenamente los efectos perjudiciales de hipotiroidismo en la tasa de éxito de la FIV [fertilización in vitro] e ICSI [inyección intracitoplasmática de espermatozoides]», explica el Dr. Andrea Busnelli en el congreso anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología.

«Por lo tanto, las mujeres programadas para la FIV-ICSI con hipotiroidismo tratado adecuadamente pueden estar tranquilas con respecto al éxito de la intervención», añadió el Dr. Busnelli de IRCCSO spedale Maggiore Policlinico Mangiagallie Regina Elena, Milán, Italia.

Investigaciones anteriores han demostrado que las mujeres con hipotiroidismo tienen menos posibilidades de quedar embarazadas después de la concepción asistida que aquellas con función tiroidea normal.

Hay hallazgos subsecuentes conflictivos acerca de si el tratamiento con levotiroxina puede (Hum. Reprod Update 2013;19:251-258) o no puede (Thyroid 2012; 22:631-636) mejorar las tasas de embarazo.

Estos estudios se han realizado en un pequeño número de mujeres, donde niveles de TSH obtenidos con la terapia de levotiroxina fueron mayores que en las recientemente recomendadas (J. Clin Endocrinol Metab 2012;97:2543-2565).

Por tanto, el presente estudio examinó si el tratamiento «adecuado» con levotiroxina significa que el nivel de TSH que se garantice antes de la concepción sea de 2.5 mUI/L o menos y sea capaz de compensar el éxito de fertilidad reducida informada anteriormente.

Un total de 137 mujeres con hipotiroidismo clínica o subclínicamente tratado participó en el estudio. Durante el reclutamiento, la TSH basal fue entre 0.4 y 2.5 mUI/L. Cada caso era

emparejado por edad con dos mujeres con la función normal de la tiroides como control (n = 274).

El ultrasonido se utilizó para confirmar cualquier embarazo, definido como un embrión vital dentro de un saco gestacional intrauterino a cuatro o cinco semanas después de la transferencia de embriones.

La edad promedio de los casos y controles fue de aproximadamente 35 años; el índice de masa corporal en ambos grupos fue de aproximadamente 22 kg/m^2; y no hubo diferencias significativas en el número de partos anteriores, los niveles séricos de la hormona o la causa de la infertilidad que conduce a tratamiento de la fertilidad. Los niveles de TSH preconceptivas fueron aproximadamente 1,5 mUI/L.

En cuanto a la cantidad de ciclos de reproducción asistida, el Dr. Busnelli señaló que la duración de la hiperestimulación ovárica controlada (COH) fue mayor para las mujeres con hipotiroidismo que para sus contrapartes eutiroideos: COH fue de 10.9 días en los casos y de 10.1 días en los controles (P = .001).

Mujeres con hipertiroidismo también tenían una mayor probabilidad de ciclos de tratamiento cancelados debido a una mala respuesta (3.6% frente a 0.7% en mujeres eutiroideos, P = 0.04). El no obtener embriones viables también fue más frecuente en hipertiroidismo que en mujeres eutiroideas, al 17% y 7%, respectivamente (P = 0.006). Las tasas de fertilización eran también más bajas (75% vs. 80%, p = 0.017).

Sin embargo, no hubo diferencias entre los casos y los controles en términos de la implantación (28% vs. 22%, P = 0.11), embarazo clínico (36% vs. 34%, P = 0.93), o tasas de nacidos vivos (30% vs. 25%, p = 0.5).

La presencia de anticuerpos antitiroideos no influye en las tasas de implantación o terminación. Tampoco hubo diferencia en los resultados que comparan mujeres con hipotiroidismo subclínico frente a hipotiroidismo clínico.

El Dr. Busnelli señaló, sin embargo, que los anticuerpos anti-TPO y anti-TG no fueron seleccionados en el control de las mujeres, así que esto limita los resultados del estudio, pues algunos en la población de control podrían haber tenido la autoinmunidad tiroidea.

«Nuestras observaciones sugieren que el nivel de tiroxina puede constituir una reserva funcional en pacientes con TPO positivo/TG anticuerpos que es capaz de compensar la demanda típica aumentada de la hiperestimulación ovárica y el embarazo», dijo el Dr. Busnelli.

El estudio no recibió apoyo financiero comercial. El Dr. Busnelli no declaró conflicto de interés económico.