

Embarazo en el síndrome de Turner conlleva alto riesgo de hipertensión

Sara Freeman, Ob. Gyn. News Digital Network

London. Las complicaciones hipertensivas se ven en más de un tercio de las mujeres embarazadas con síndrome de Turner que van a tratamiento de infertilidad, de acuerdo con los resultados de un estudio retrospectivo longitudinal realizado en Finlandia, Dinamarca y Suecia.

De 106 mujeres con síndrome de Turner que concibieron después de la donación de ovocitos entre 1992 y 2011, el 35% tuvo complicaciones de la hipertensión y el 20% tenía preeclampsia. Aunque no hubo muertes maternas, las complicaciones potencialmente mortales se produjeron en cuatro (3,3%) mujeres. Esto incluyó un caso de disección aórtica.

«Creemos que es muy importante tener una evaluación cardiovascular centralizada antes del embarazo», dijo la doctora Anna Hagman del Hospital Sahlgrenska, Gotemburgo, Suecia, en nombre del equipo del estudio en la reunión anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología. Esto debe incluir la ecocardiografía y la resonancia magnética, en busca de anomalías cardíacas específicas conocidas que afectan a las mujeres con síndrome de Turner.

El síndrome de Turner es causado por una aberración del cromosoma X y afecta a aproximadamente una de cada 2500 mujeres. Se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad cardiovascular (CV), lo que es motivo de preocupación para las mujeres que quieren tratar de concebir de forma espontánea o mediante métodos de reproducción asistida. Las mujeres con esta afección por lo general son de corta estatura y casi todas (95%-99%) son infértiles. La donación de ovocitos puede ofrecer una de las mejores posibilidades de quedar embarazada.

Para el estudio, se examinaron datos médicos de las clínicas de fertilidad, las clínicas prenatales y hospitales donde las mujeres habían

sido tratadas o tenido el parto de su bebé entre 1992 y 2011 en Finlandia y Dinamarca, o entre 2003 y 2011 en Suecia.

El cariotipo 45 X se observó en el 44% de las mujeres y el 9% tenía un defecto cardíaco conocido antes del embarazo. Poco menos de la mitad (49%) de las mujeres tuvieron un examen CV en los dos años antes de quedar embarazadas, y el 29% tenía un examen CV durante el embarazo.

La transferencia de un embrión se realizó en el 70% de los casos y la tasa de embarazo múltiple fue del 7%; el 15% de las mujeres concibió dos veces después de dos donaciones de ovocitos durante el período de estudio. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 4 años, pero varió desde 0.3 hasta 19 años.

Había 122 partos estudiados en total y 131 neonatos, de los cuales 18 eran gemelos. Entre los partos simples, la tasa de parto prematuro, definido como antes de 37 semanas de gestación, fue del 8%, con un 9% de los niños con bajo peso al nacer (menos de 2.500 g). La mortalidad perinatal fue de 0.8%. Los defectos congénitos se observaron en el 3.8% de los niños.

«Los resultados neonatales fueron tranquilizadores para los hijos únicos», dijo el Dr. Hagman en la reunión anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología. Posteriormente señaló que el equipo «recomienda la transferencia de un solo embrión».

Esto se debe a que fueron vistos mayores riesgos para la madre y el niño después de los nacimientos de gemelos. Se produjeron complicaciones hipertensivas en el 50% de las mujeres y alrededor de dos tercios (67%) de los gemelos fueron entregados antes de tiempo. Casi tres cuartas partes (72%) tenían un bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal fue de aproximadamente 11% de los nacimientos de gemelos.

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 och Hälso 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 ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli Regina Elena, Milán, Italia.

Investigaciones anteriores han demostrado que las mujeres con hipotiroidismo tienen menos posibilidades de quedar embarazadas des-

pués 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