




18 DE NOVIEMBRE DE 2022

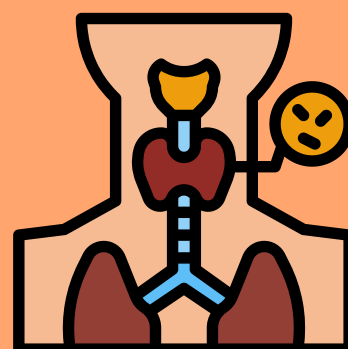
"Trastornos Endócrinos"

**Clínica de Ginecólogo y Obstetricia
Dr. Luis Ignacio Gayosso**

**OSCAR ADALBERTO ZEBADUA LÓPEZ
UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA**



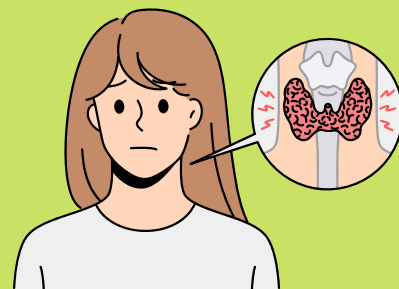
TRASTORNOS TIROIDEOS



Son comunes en las mujeres jóvenes y, por tanto, se encuentran con frecuencia en el embarazo. Los medicamentos que afectan a la tiroides materna también afectan la glándula fetal.

HIPERTIROIDISMO

Los hallazgos sugerentes incluyen una taquicardia que supera la que por lo general se observa con el embarazo normal, la tiromegalía, la exoftalmia y la falta de aumento de peso a pesar de la ingesta adecuada de alimentos.



Casi siempre puede ser controlada por los medicamentos contionamida. El propiltiouracilo se ha preferido históricamente porque inhibe de manera parcial la conversión de T₄ en T₃.

HIPOTIROIDISMO

La causa más común de hipotiroidismo en el embarazo es la tiroiditis de Hashimoto. Las pruebas de iones tiroideos se deben realizar en sintomáticas o con antecedentes.

HIPOTIROXINEMIA MATERNA AISLADA

Se considera que las mujeres con valores bajos de T₄ libre en suero pero con un nivel de TSH de rango normal tienen hipotiroxinemia materna aislada.

TIROIDITIS POST PARTO

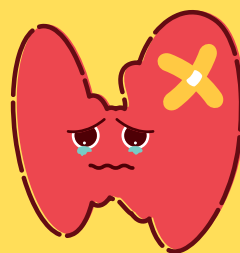
La propensión a la tiroiditis es anterior al embarazo y está relacionada de manera directa con el aumento de los niveles séricos de autoanticuerpos tiroideos.



Se diagnostica con poca frecuencia porque por lo general se desarrolla meses después del parto y causa síntomas vagos e inespecíficos. El reemplazo de tiroxina a dosis de 25 a 75 µg/d suele administrarse durante 6 a 12 meses.

ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA

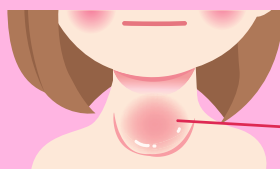
Los nódulos son detectados por métodos ecográficos sensibles son más comunes durante el embarazo en algunas poblaciones.



En mujeres sin evidencia de cáncer de tiroides agresivo o en aquellas diagnosticadas en el tercer trimestre, el tratamiento quirúrgico puede aplazarse hasta el puerperio inmediato

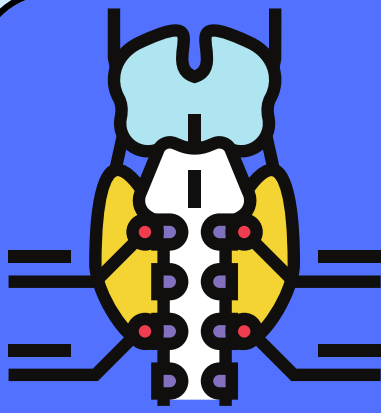


ENFERMEDAD TIROIDEA AUTOINMUNE



Las mujeres eutiroides con anticuerpos contra TPO, informaron que el tratamiento con levotiroxina redujo de manera asombrosa la tasa de nacimientos prematuros del 22 al 7%.

En la actualidad, no se recomienda la detección universal de autoanticuerpos tiroideos.



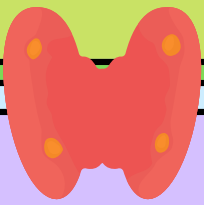
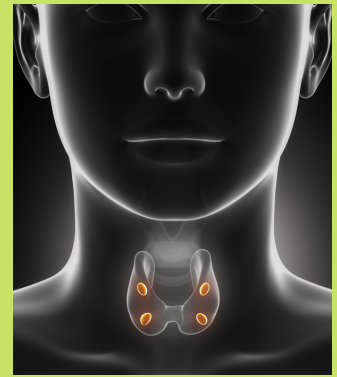
TRASTORNOS PARATIROIDEOS

La secreción está regulada por la concentración de calcio ionizado en suero a través de un sistema de retroalimentación negativa.

HIPERPARATIROIDISMO

En la mayoría de las pacientes, el nivel de calcio sérico se eleva a sólo 1 a 1.5 mg/dL por encima del límite superior normal.

Todas las mujeres con hiperparatiroidismo sintomático se debe tratar quirúrgicamente

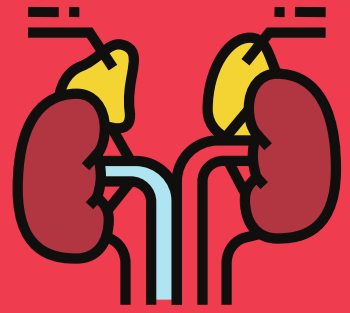


HIPOPARATIROIDISMO

Se caracteriza por espasmos musculares faciales, calambres musculares y parestesias de los labios, lengua, dedos y pies. El tratamiento materno incluye calcitriol, dihidrotaquisterol o dosis grandes de vitamina D de 50 000 a 150 000 U/d; gluconato de calcio o lactato de calcio en dosis de 3 a 5 g/d.



TRASTORNOS SUPRARRENALES

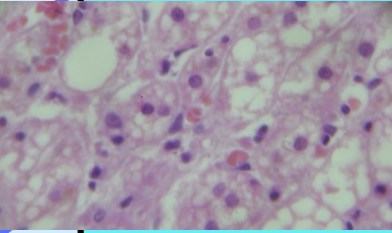


El embarazo tiene efectos profundos sobre la secreción cortical suprarrenal y su control o estimulación.

FEOCROMOCITOMA

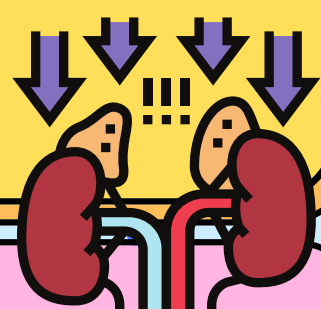
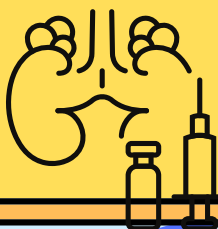
RM en glándula suprarrenal y extrasuprarrenal y recolección de orina de 24 horas con al menos dos de los tres ensayos para detectar catecolaminas.

El control inmediato de la hipertensión y los síntomas con un bloqueador α -adrenérgico como la fenoxibenzamina es imperativo. La dosis ese de 10 a 30 mg, dos a cuatro veces al día.



SÍNDROME DE CUSHING

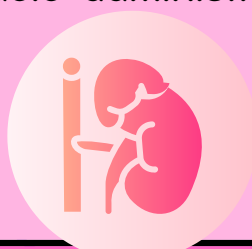
Medición de la excreción de cortisol libre en orina de 24 horas. Metirapona a dosis diaria y como tratamiento provisional hasta la cirugía definitiva después del parto.



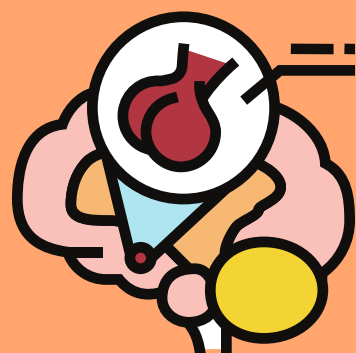
ENFERMEDAD DE ADDISON

Prueba de cosintropina para documentar la falta de respuesta a la infusión de corticotropina.

Hidrocortisona, 100 mg, suele administrarse por vía intravenosa cada 8 horas durante 48 horas.



TRASTORNOS HIPOFISIARIOS



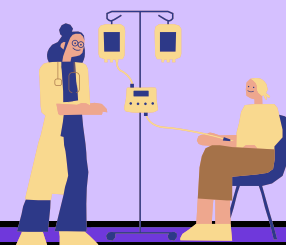
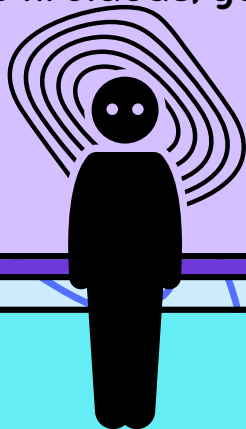
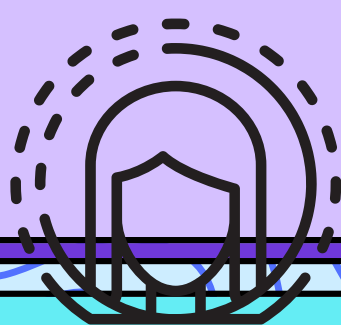
La hipófisis aumenta de manera impresionante durante el embarazo, con predominio a partir de hiperplasia celular lactotrófica inducida por la estimulación con estrógenos.

PROLACTINOMAS

Prolactina (Niveles séricos >25 pg/mL) + TC/RM.
El tratamiento puede iniciar con bromocriptina o de ser necesaria, una resección quirúrgica (Macroadenoma o antes del embarazo).

SÍNDROME DE SHEEHAN

Las mujeres afectadas pueden tener hipotensión persistente, taquicardia, hipoglucemia y fracaso de la lactancia. Debido a que pueden desarrollarse deficiencias de algunas o todas las hormonas hipofisarias después del ataque inicial, el síndrome de Sheehan puede ser heterogéneo y no identificarse durante años. Después del reemplazo de glucocorticoides, se consideran los análisis posteriores y el reemplazo de hormonas tiroideas, gonadales y del crecimiento.



ACROMEGALIA

El diagnóstico se confirma por los niveles séricos elevados de IGF-1. El manejo es similar al de los prolactinomas, con monitoreo cercano de los síntomas de agrandamiento del tumor. La terapia con agonistas de la dopamina es menos efectiva que para los prolactinomas.

También se ha informado sobre el tratamiento exitoso de mujeres embarazadas con octreotide



HIPOFISITIS LINFOCÍTICA

Una masa acompañada de un nivel de prolactina en suero moderadamente elevado, por lo general <100 pg/mL - sugiere hipofisitis linfocítica.

El tratamiento es con glucocorticoides y reemplazo de hormonas hipofisarias. La enfermedad puede ser autolimitada y se intenta una retirada cuidadosa del reemplazo hormonal después de que cede la inflamación



DIABETES INSÍPIDA

La verdadera diabetes insípida es una complicación rara del embarazo.

El tratamiento de la diabetes insípida es la administración intranasal de un análogo sintético de la vasopresina, la desmopresina, que es 1-deamino- δ -D-arginina vasopresina

