

BÓCIO E GRAVIDEZ

JOAQUIM GARCIA E COSTA

Núcleo de Endocrinologia. Hospital de Sta. Maria. Lisboa

RESUMO/SUMMARY

O autor refere as modificações nas dimensões da tiróide, que ocorrem durante a gravidez, avaliadas clínica e ecograficamente. Descreve as alterações da função tiroideia na mulher grávida e as diversas fases de maturação da tiróide fetal. A presença de um bócio nodular obriga à realização de vários exames complementares cuja oportunidade e necessidade é discutida. É referida a possibilidade do diagnóstico de carcinoma da tiróide e o tratamento mais adequado.

Palavras-chave: bócio, gravidez

GOITRE AND PREGNANCY

The author refers to the changes occurred in thyroid dimensions during pregnancy, evaluated clinically and echographically. He also describes the changes in thyroid normal function on pregnant women and the different stages of the fetal thyroid maturation. Some complementary tests must be carried out, when there is a presence of a goitre nodule, which opportunity and relevance the need are discussed.

The possibility of thyroid carcinoma is referred as its most adequate treatment.

Key words: goitre, pregnancy

O aumento de volume e as alteração dos testes de função da tiróide são particularmente frequentes nas mulheres durante o período de gestação. Estas alterações são devidas não só à maior incidência de doenças autoimunes da tiróide no sexo feminino mas também porque se verifica um aumento de perda de iodo pelo rim, provocando um estado de alguma deficiência de iodo, que aumenta a sensibilidade da tiróide aos estímulos de crescimento da TSH¹.

O bócio durante a gravidez pode provocar compressões sintomáticas da traqueia².

Nos EUA a incidência de bócio detectado clinicamente nas grávidas é de 5-6%, valor não diferente das mulheres não grávidas. Utilizando a ecografia a percentagem aumenta para 20-30% e se, se considerar as mulheres com bócio prévio constata-se que a tiróide aumenta de volume em 32%³.

Os sintomas hipermetabólicos da gravidez normal também imitam a clínica de algumas doenças da tiróide.

O discreto grau de deficiência de iodo não é

habitualmente suficiente para provocar hipotiroidismo clínico mas pode levar ao aparecimento de bócio, o que acontece tanto na puberdade como na gravidez. Em ambas as situações existe um aumento da excreção de iodo.

Os estudos realizados nestas situações variam com a área geográfica, a ingestão iodada e os critérios usados na definição de bócio. Há uma maior incidência de bócio na gravidez na Escócia comparativamente à Islândia onde há um elevado aporte iodado.

A prescrição de sal iodado a mulheres grávidas em locais com diminuto aporte iodado resulta numa melhoria das dimensões da tiróide.

Durante a gravidez a excreção renal de iodo triplica⁴ e aumenta a capacidade de estímulo do crescimento pela TSH devido a factores placentários tireotróficos.

Os estrogénios aumentam a produção de TBG (proteína de transporte das hormonas tiroideias) com a consequente elevação dos níveis séricos de T3 e T4. A diminuição da degradação da TBG também explica estas alterações. No entanto, diminuem as fracções livres das hormonas

tiroideias e aumenta a TSH dentro dos valores de referência provocando um estado de hipotireoidismo compensado⁵. Erem et al encontrou um aumento tanto das fracções totais como das livres das hormonas tiroideias e da TBG e uma diminuição da TSH num grupo de mulheres grávidas com bócio comparativamente a um grupo de grávidas sem bócio⁶.

A maturação da tiróide fetal desenvolve-se em três etapas: nos primeiros 72 dias não se identifica colóide que aparece entre os 72º e os 80º dias. A partir de então já com a presença de folículos a tiróide fetal produz hormonas tiroideias. Antes das 12 semanas de gestação, por não ter tecido tiroideu funcionante, o feto necessita para o seu normal desenvolvimento das hormonas tiroideias maternas que atravessam a placenta. O mesmo acontece nas situações de agenesia tiroideia, disormonogénese e nos hipertireoidismos sobre-tratados das mães⁷.

As grávidas estão também sujeitas a determinadas situações patológicas, como o hipertireoidismo autoimune, tiroidites ou bócios nodulares que podem provocar bócio. Alguns trabalhos referem que não há um aumento de frequência de nódulos na tiróide de grávidas excepto nas zonas deficientes de iodo⁸. No entanto, dados epidemiológicos revelaram uma elevada prevalência de doença nodular da tiróide em mulheres em áreas tanto não deficientes como nas deficientes de iodo e potencialmente mais maligna⁹. A etiologia desta situação não está investigada.

Apesar do efeito da gravidez na história natural dos carcinomas da tiróide ser controverso alguns autores apoiam um aumento do risco de malignidade nas lesões nodulares que aparecem durante a gravidez¹⁰, apesar de não parecer haver relação com o crescimento tumoral. Estão ainda descritos carcinomas que apresentam maior agressividade¹¹.

A actividade TSH-like da bHCG é responsabilizada por esta maior agressividade.

A presença de nódulos durante a gravidez implica a determinação da função tiroideia, dos autoanticorpos e a realização de citologia aspirativa que deve ser atrasada nos inferiores a 2 cm. No entanto, mesmo alguns destes vão necessitar de cirurgia após o parto, pois a probabilidade de um nódulo solitário maligno varia entre 5 e 30% dependendo de múltiplos factores como radiação prévia, crescimento rápido num nódulo doloroso e idade da grávida. Em dois trabalhos em que foram realizadas cirurgias por citologias suspeitas durante a gravidez ou no período pós-parto foi detectada malignidade em 43% e 39%¹².

Lesões quísticas inferiores a 4 cm não necessitam de

intervenção mas deverão ser vigiadas no período pós-parto. Se forem volumosas, deverão ser abordadas como o nódulo sólido.

Se necessário, a cirurgia deve ser realizada só após o primeiro trimestre de gravidez devido à alta incidência, durante este período, de abortos espontâneos. Não há descrições recentes sobre os riscos da cirurgia durante o segundo trimestre mas pode ocorrer perda do feto. Após as 24 semanas de gestação a cirurgia aumenta o risco de parto prematuro. Após a tiroidectomia, a terapêutica de substituição com levo-tiroxina suprimindo a TSH, aumenta o risco fetal¹³.

A terapêutica com iodo radioactivo está completamente contra-indicado na gravidez, principalmente por aumentar o risco fetal.

O iodo radioactivo aparece no leite materno durante vários meses pelo que esta terapêutica deverá ser atrasada, pelo menos, durante três meses após a suspensão da amamentação.

BIBLIOGRAFIA

1. BRAY GA: Increased sensitivity of the thyroid in iodine depleted rats to the goitrogenic effect of thyrotropin. *Clinical Investigation* 1968;47:1640-7
2. REZIG K, N DIAR et al: Goiter and pregnancy: a cause of predictable difficult intubation. *2001;20(7):639-42*
3. GLINOER J, DE NAYER P, BOURDOUX P et al: Regulation of maternal thyroid during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab* 1990;71:276-287
4. ABOUL-KHAIR AS, CROOKS J, TURNBULL AC et al: The physiological changes in thyroid function during pregnancy. *Clinical Science* 1964;27:195-207
5. FUNG HYM, KOLOGLU M, COLLINSON KS et al: Post-partum thyroid dysfunction in mid-Glarmogan. *BMJ* 1988;296:241-4
6. EREM C, H KAVGACI et al: Thyroid function tests in pregnant women with and without goiter in the eastern Black Sea region. *Gynecol Endocrinol* 2001;15(4):293-7
7. LARSEN PR: Maternal thyroxine and congenital hypothyroidism. *N Engl J Med* 1989;321:44-45
8. STRUVE CW, HAUPT S, OHLEN S: Influence of frequency of previous pregnancies on the prevalence of thyroid nodules in women without clinical evidence of thyroid disease. *Thyroid* 1993;3:7-9
9. KUNG AW, MT CHAU et al: The effect of pregnancy on thyroid nodule formation. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87(3):1010-4
10. HAY I: Nodular thyroid disease diagnosed during pregnancy: how and when to treat. *Thyroid* 1999;9:667-670
11. KOBAYASHI K, TANAKA Y, ISHIGURO S, MORI T: Rapidly growing thyroid carcinoma during pregnancy. *J Surg Oncol* 1994;55:61-64
12. ROSEN IB, WALFISH PG, NIKORE V: Pregnancy and surgical thyroid disease. *Surgery* 1985;98:1135
13. ROSEN IB, WALFISH PG, NIKORE V: Pregnancy as a predisposing factor in thyroid neoplasia. *Arch Surg* 1986;121:1287-1290