

La Enfermedad De La Tiroides Y El Embarazo

This page and its contents are Copyright © 2006 by the American Thyroid Association

EMBARAZO NORMAL

¿Cuáles son los cambios en la función tiroidea normalmente asociados con el embarazo?

Cambios hormonales. Un embarazo normal trae consigo una serie de cambios fisiológicos y hormonales que alteran la función tiroidea. Esto significa que las pruebas de laboratorio de la función tiroidea deben ser interpretadas cuidadosamente durante el embarazo. Las pruebas de función tiroidea cambian durante el embarazo debido a la influencia de dos hormonas principales: la gonadotropina coriónica humana (HCG), la hormona que se mide en la prueba del embarazo y el estrógeno, la principal hormona femenina. La HCG puede estimular la tiroides en forma leve y los niveles altos circulantes de HCG en el primer trimestre pueden resultar en una TSH ligeramente disminuida. Típicamente, la TSH en el primer trimestre estará normal o ligeramente baja y luego permanecerá normal durante el resto del embarazo (véase Tabla 1). El estrógeno aumenta la cantidad de proteínas ligadoras de hormona tiroidea en el suero, lo cual aumenta los niveles totales de hormona tiroidea en la sangre, ya que más del 99% de estas hormonas en la sangre están unidas a estas proteínas. Sin embargo, la medición de hormona "libre" (la que no está unida a proteínas, que representa la forma activa de la hormona) generalmente permanece normal. La tiroides funciona normalmente si la TSH, la T4 libre y la T3 libre están todas normales durante el embarazo.

Cambios de tamaño. La glándula tiroides puede aumentar de tamaño durante el embarazo (tiroides grande = bocio). Sin embargo, los bocios asociados con el embarazo ocurren con mucha más frecuencia en las áreas del mundo donde existe deficiencia de yodo. Es relativamente poco común en los Estados Unidos, país que se considera relativamente suficiente en yodo. Si se utilizan técnicas de imagen muy sensibles (ultrasonido), es posible detectar un aumento en el volumen de la glándula tiroides en algunas mujeres. Generalmente este aumento es de 10% a 15% y no es aparente en el examen físico hecho por el médico. Sin embargo, a veces puede desarrollarse un bocio significativo que haga que el médico solicite pruebas de función tiroidea.

¿Cuál es la interacción entre la función tiroidea de la madre y el niño?

Durante las primeras 10 a 12 semanas del embarazo, el bebé depende completamente de la madre para la producción de hormona tiroidea. Al final del primer trimestre, la tiroides del bebé comienza a producir hormona tiroidea por sí sola. El bebé, sin embargo, sigue dependiendo de que la madre ingiera suficiente cantidad de yodo, el cual es esencial para la producción de hormonas tiroideas. La Organización Mundial de la Salud recomienda un consumo de yodo de 200 microgramos al día durante el embarazo para mantener una producción adecuada de hormonas tiroideas. La dieta normal en los Estados Unidos contiene suficiente yodo, de modo que rara vez es necesario tomar suplementos de yodo.

MÁS INFORMACIÓN WWW.THYROID.ORG

Para más detalles sobre este u otros temas relacionados con la tiroides, por favor visite la sección de información al paciente en la página de Internet de la Asociación Americana de la Tiroides en www.thyroid.org

HIPERTIROIDISMO Y EMBARAZO

¿Cuáles son las causas más frecuentes de hipertiroidismo durante el embarazo?

En general, la causa más común (80%-85%) de hipertiroidismo materno durante el embarazo es la enfermedad de Graves (véase el folleto de *Enfermedad de Graves*) y ocurre en 1 de cada 500 mujeres embarazadas. Además de otras causas usuales de hipertiroidismo (véase el folleto de *Hipertiroidismo*), niveles muy altos de HCG, los cuales se ven en las formas severas de náusea matutina (*hipérmesis gravidarum*), pueden producir hipertiroidismo transitorio. El diagnóstico de hipertiroidismo puede ser algo difícil durante el embarazo, ya que el centellograma de tiroides con I¹²³ está contraindicado durante el embarazo debido a la pequeña cantidad de radiactividad, la cual se puede concentrar en la tiroides del bebé. En consecuencia, el diagnóstico está basado en una historia cuidadosa, examen físico y pruebas de laboratorio.

¿Cuáles son los riesgos de la enfermedad de Graves/ hipertiroidismo para la madre?

La enfermedad de Graves se puede presentar inicialmente durante el primer trimestre o se puede agravar durante este tiempo en la mujer que sufre de este trastorno. Además de los síntomas clásicos asociados con el hipertiroidismo, el hipertiroidismo materno tratado de forma inadecuada puede resultar en parto prematuro y en una complicación seria conocida como pre-eclampsia. Además, las mujeres con enfermedad de Graves activa durante el embarazo tienen un mayor riesgo de desarrollar un hipertiroidismo muy severo conocido como tormenta tiroidea. La enfermedad de Graves generalmente mejora durante el tercer trimestre del embarazo y puede empeorar en el período del post-parto.

¿Cuáles son los riesgos de la enfermedad de Graves/hipertiroidismo para el bebé?

Los riesgos de la enfermedad de Graves para el bebé son debidos a unos de tres posibles mecanismos:

1) Hipertiroidismo materno no controlado:

El hipertiroidismo materno no controlado se ha asociado con taquicardia fetal (latido cardíaco rápido), bebés pequeños para la edad gestacional, prematuridad, nacimientos de bebés muertos y

TABLA 1	1ER TRIMESTRE	2DO TRIMESTRE	3ER TRIMESTRE
TSH	Normal o baja	Normal	Normal
T4 libre	Normal	Normal	Normal
T3 libre	Normal	Normal	Normal
T4 total	Alta	Alta	Alta
T3 total	Alta	Alta	Alta
Captación de Resina T3	Baja	Baja	Baja (<i>Medida inversa de unión a proteínas</i>)
Índice de T4 libre	Normal	Normal	Normal

La Enfermedad De La Tiroides Y El Embarazo

This page and its contents are Copyright © 2006 by the American Thyroid Association

posiblemente malformaciones congénitas. Esta es otra de las razones por la cual es importante tratar el hipertiroidismo en la madre.

- 2) **Niveles extremadamente altos de inmunoglobulinas estimuladoras de la tiroides (TSI):** La enfermedad de Graves es un trastorno autoinmune causado por la producción de anticuerpos que estimulan la glándula tiroides, conocidos como inmunoglobulinas estimuladoras de la tiroides (TSI). Estos anticuerpos cruzan la placenta y pueden interactuar con la tiroides del bebé. Aunque es infrecuente (2%-5% de los casos de enfermedad de Graves durante el embarazo), niveles maternos altos de TSI ocasionalmente han causado hipertiroidismo fetal o neonatal. Afortunadamente, esto ocurre típicamente cuando los niveles maternos de TSI son muy altos (muchas veces por encima de lo normal). Medir los niveles de TSI en la madre con enfermedad de Graves se hace con frecuencia en el tercer trimestre.

En la madre con enfermedad de Graves que requiere tratamiento con drogas antitiroideas, el hipertiroidismo fetal debido a la TSI materna es raro, ya que las drogas antitiroideas también atraviesan la placenta. De mayor preocupación potencial para el bebé, es la madre con tratamiento previo de la enfermedad de Graves (por ejemplo con yodo radiactivo o cirugía), quien ya no necesita de drogas antitiroideas. Es muy importante que usted le informe a su médico si ha sido tratada por enfermedad de Graves en el pasado, de modo que se haga el control adecuado para asegurar que el bebé permanezca sano durante el embarazo.

- 3) **Terapia con drogas antitiroideas (DAT):** El metimazol (Tapazol) o el propiltiouracilo (PTU) son las DAT disponibles en los Estados Unidos para el tratamiento del hipertiroidismo (véase el folleto de *Hipertiroidismo*). Ambas drogas cruzan la placenta y tienen el potencial de alterar el funcionamiento normal de la tiroides del bebé y de causar un bocio fetal. Históricamente, el PTU ha sido la droga preferida para el tratamiento del hipertiroidismo materno, posiblemente porque atraviesa la placenta menos que el Tapazol. Sin embargo, estudios recientes sugieren que es seguro utilizar ambas drogas durante el embarazo. Se recomienda utilizar la dosis más baja de DAT que controlen el hipertiroidismo materno, para minimizar el desarrollo del hipotiroidismo en el bebé o el recién nacido. Ninguna de las dos drogas parece aumentar el riesgo de defectos de nacimiento. En general, los beneficios para el bebé de tratar a una madre con hipertiroidismo durante el embarazo, sobrepasan los riesgos, si la terapia se controla cuidadosamente.

¿Cuáles son las opciones de tratamiento para una mujer embarazada con enfermedad de Graves/hipertiroidismo?

El hipertiroidismo leve (niveles ligeramente elevados de hormona tiroidea, síntomas mínimos) generalmente se controla de cerca sin tratamiento siempre y cuando tanto la madre como el bebé estén bien. Cuando el hipertiroidismo es lo suficientemente severo para requerir tratamiento, las drogas antitiroideas son el tratamiento de elección, siendo históricamente la PTU la droga preferida. El objetivo del tratamiento es mantener los niveles maternos de T4 libre y de T3 libre en el rango normal-alto con la dosis más baja posible de medicamento antitiroideo. Tratar de alcanzar esta meta de niveles de hormona tiroidea libre minimizará el riesgo de que el bebé desarrolle hipotiroidismo o bocio. Se debe evitar el hipotiroidismo materno. El tratamiento debe ser controlado muy de cerca durante el embarazo. Esto se logra típicamente siguiendo las pruebas de función tiroidea (TSH y niveles de hormona tiroidea) mensualmente. En

pacientes que no pueden ser tratados de forma adecuada con medicamentos antitiroideos (por ej. aquellos que desarrollan una reacción alérgica a las drogas), la cirugía es una alternativa aceptable. La extracción quirúrgica de la glándula tiroides se recomienda muy rara vez en la mujer embarazada debido al riesgo de la cirugía y la anestesia tanto para la madre como el bebé.

El yodo radiactivo está contraindicado para tratar el hipertiroidismo durante el embarazo, ya que atraviesa fácilmente la placenta y es captado por la tiroides del bebé. Esto puede causar destrucción de la glándula y resultar en hipotiroidismo permanente.

Los beta-bloqueantes se pueden utilizar durante el embarazo para ayudar a tratar las palpitaciones y el temblor debidos al hipertiroidismo. Deben usarse en forma cuidadosa debido a reportes de retardo del crecimiento fetal asociado al uso a largo plazo de estos medicamentos. Típicamente, estas drogas sólo se necesitan hasta que el hipertiroidismo se haya controlado con los medicamentos anti-tiroideos.

¿Cuál es la historia natural de la enfermedad de Graves después del parto?

La enfermedad de Graves típicamente empeora en el período del post-parto, usualmente en los primeros 3 meses después del parto. Frecuentemente, se necesitan dosis más altas de medicamentos antitiroideos durante este tiempo. Como siempre, es necesario controlar cuidadosamente las pruebas de función tiroidea.

¿Puede una madre con enfermedad de Graves, que está siendo tratada con drogas anti-tiroideas, amamantar a su bebé?

Sí. El PTU es la droga de elección puesto que está altamente ligada a proteína. En consecuencia, menos PTU pueden llegar a la leche materna, en comparación con el Tapazol. Es importante saber que el bebé necesitará evaluación periódica de su función tiroidea para asegurar el mantenimiento de su función tiroidea normal.

HIPOTIROIDISMO Y EMBARAZO

¿Cuáles son las causas más comunes de hipotiroidismo durante el embarazo?

En general, la causa más frecuente de hipotiroidismo es el trastorno autoinmune conocido como tiroiditis de Hashimoto (véase el folleto de *Hipotiroidismo*). El hipotiroidismo puede ocurrir durante el embarazo debido a la presentación inicial de la tiroiditis de Hashimoto, tratamiento inadecuado de una mujer con historia previa de hipotiroidismo de una variedad de causas, o por sobretratamiento de una mujer hipertiroides con drogas antitiroideas. Aproximadamente, el 2.5% de las mujeres tendrán una TSH ligeramente elevada de más de 6 y el 0.4% tendrán una TSH mayor de 10 durante el embarazo.

MÁS INFORMACIÓN WWW.THYROID.ORG

Para más detalles sobre este u otros temas relacionados con la tiroides, por favor visite la sección de información al paciente en la página de Internet de la Asociación Americana de la Tiroides en www.thyroid.org



AMERICAN
THYROID
ASSOCIATION
FOUNDED 1923

La Enfermedad De La Tiroides Y El Embarazo

This page and its contents are Copyright © 2006 by the American Thyroid Association

¿Cuáles son los riesgos del hipotiroidismo para la madre?

El hipotiroidismo no tratado, o tratado de forma inadecuada se ha asociado con anemia materna (recuento bajo de glóbulos rojos), miopatía (dolor muscular, debilidad), insuficiencia cardíaca congestiva, preeclampsia, anomalías de la placenta, niños de bajo peso al nacer, y hemorragia (sangrado) del post-parto. Estas complicaciones pueden ocurrir con mayor frecuencia en mujeres con hipotiroidismo severo. La mayoría de las mujeres con hipotiroidismo leve pueden no tener ningún síntoma o atribuir los síntomas que tengan al embarazo.

¿Cuáles son los riesgos del hipotiroidismo materno para el bebé?

La hormona tiroidea es crítica para el desarrollo cerebral del bebé. Los niños nacidos con hipotiroidismo congénito (carecen de función tiroidea al nacer) pueden tener anomalías severas cognitivas, neurológicas y del desarrollo si la condición no es reconocida y tratada prontamente. Estas anomalías del desarrollo pueden prevenirse si la enfermedad se reconoce y se trata inmediatamente después del nacimiento. En consecuencia, a todos los recién nacidos en los Estados Unidos se les hace un examen para la detección del hipotiroidismo congénito, de modo que puedan ser tratados con hormona tiroidea tan pronto como sea posible.

El efecto del hipotiroidismo materno en el desarrollo del cerebro del bebé no es tan claro. El hipotiroidismo severo no tratado en la madre puede conducir a un desarrollo alterado del cerebro en el bebé. Esto se ve principalmente cuando el hipotiroidismo materno es debido a deficiencia de yodo, lo cual también afecta al bebé. Sin embargo, estudios recientes han sugerido que ciertas anomalías leves del desarrollo cerebral pueden verse en niños nacidos de madres que tenían hipotiroidismo leve no tratados durante el embarazo. En este momento no hay un acuerdo de opinión general acerca de la necesidad de hacer un examen para la detección de hipotiroidismo en todas las mujeres embarazadas. Sin embargo, algunos grupos de médicos recomiendan medir los niveles de TSH, o bien antes de quedar embarazada (consejo pre-embarazo), o tan pronto como se confirme el embarazo. Esto es particularmente cierto en mujeres con alto riesgo de enfermedad tiroidea, tales como aquellas que han sido previamente tratadas por hipertiroidismo, con una historia familiar positiva de enfermedad tiroidea y aquellas mujeres con bocio. Sin duda, una mujer con historia de hipotiroidismo debe tener una prueba de TSH una vez que se confirme el embarazo, ya que los requisitos de hormona tiroidea aumentan durante el embarazo, lo cual generalmente requiere un aumento de la dosis de levotiroxina. Si la TSH es normal, típicamente no se requiere más control. Este asunto debe ser discutido con su médico, particularmente si usted está planeando un embarazo. Una vez que se ha detectado hipotiroidismo, la mujer debe tratarse con levotiroxina para normalizar sus valores de TSH y T4 libre (véase el folleto de *Hipotiroidismo*).

¿Cómo se debe tratar una mujer con hipotiroidismo durante el embarazo?

El tratamiento del hipotiroidismo en una mujer embarazada es el mismo que para un hombre o una mujer no embarazada, es decir, reemplazo adecuado de hormona tiroidea en la forma de levotiroxina sintética (véase el folleto de *Hipotiroidismo*). Es importante hacer notar que los requisitos de levotiroxina con frecuencia aumentan durante el embarazo, a veces en un 25% a un 50%. Ocasionalmente, la dosis de levotiroxina puede duplicarse. Idealmente, la dosis de levotiroxina debe optimizarse en las mujeres hipotiroideas antes de quedar embarazadas. Las mujeres con hipotiroidismo deben medirse la función tiroidea tan pronto como se detecte el embarazo y la dosis debe ser ajustada por su médico según

sea necesario para mantener la TSH en el rango normal. Las pruebas de función tiroidea deben ser repetidas aproximadamente cada 6 a 8 semanas durante el embarazo para asegurarse que la mujer tenga función tiroidea normal durante todo el embarazo. Si es necesario un cambio en la dosis de levotiroxina, las pruebas de función tiroidea deben repetirse 4 semanas más tarde. Tan pronto como el niño nace, la mujer puede volver a la dosis de levotiroxina que usualmente tomaba antes del embarazo. Es importante también reconocer que las vitaminas prenatales contienen hierro, que puede impedir la absorción de la hormona tiroidea desde el tracto gastrointestinal. En consecuencia, la levotiroxina y las vitaminas prenatales no deben tomarse al mismo tiempo y deben estar separadas por los menos por 2-3 horas.

LA TIROIDES Y EL PESO

Tiroides, MB y peso ¿Cuál es la relación entre la tiroides y el peso?

Desde hace mucho tiempo se sabe que existe una relación compleja entre enfermedad de la tiroides, peso corporal y metabolismo. Las hormonas tiroideas regulan el metabolismo tanto en los animales como en los humanos. El metabolismo se determina midiendo la cantidad de oxígeno que el cuerpo utiliza en un tiempo determinado. Si la medición se realiza en reposo, esto se conoce como tasa de metabolismo basal (MB). De hecho, la medición de la tasa de metabolismo basal fue una de las primeras pruebas utilizadas para evaluar el estado de la tiroides de un paciente. Aquellos pacientes en los cuales la tiroides no funcionaba tenían MB bajos, y aquellos cuya tiroides funcionaba en exceso, tenían MB altos. Estudios posteriores lograron demostrar una asociación entre estas observaciones y la medición de los niveles de hormona tiroidea y demostraron que niveles bajos de hormona tiroidea estaban asociados con MB bajos y niveles elevados de hormona tiroidea estaban asociados con MB altos. La mayoría de los médicos hoy día ya no utiliza el MB debido a las dificultades en la realización de la prueba y porque el MB depende de muchos otros factores además del estado de la tiroides

¿Cuál es la relación entre el MB y el peso?

Las diferencias en el MB están asociadas con cambios en el balance energético. El balance energético refleja la diferencia entre la cantidad de calorías consumidas y la cantidad de calorías utilizadas por el organismo. Si se induce un MB alto con la administración de drogas como las anfetaminas, los animales con frecuencia tendrán un equilibrio energético negativo que resulta en pérdida de peso. Basado en esos estudios, muchas personas han llegado a la conclusión que cambios en los niveles de hormona tiroidea que resulten en cambios en el MB, también deberían causar cambios en el equilibrio energético y cambios similares en el peso corporal. Sin embargo, el MB no es el único factor que relaciona el peso con la tiroides. Por ejemplo, cuando se reduce el MB en animales de diversas maneras (como por ejemplo, reduciendo la temperatura corporal), estos animales con frecuencia no muestran el aumento de peso que era de esperarse. Así, la relación entre la tasa del

MÁS INFORMACIÓN WWW.THYROID.ORG

Para más detalles sobre este u otros temas relacionados con la tiroides, por favor visite la sección de información al paciente en la página de Internet de la Asociación Americana de la Tiroides en www.thyroid.org



AMERICAN
THYROID
ASSOCIATION
FOUNDED 1923

La Enfermedad De La Tiroides Y El Embarazo

This page and its contents are Copyright © 2006 by the American Thyroid Association

metabolismo basal, el equilibrio energético y el peso es muy compleja. Existen muchas otras hormonas (además de la hormona tiroidea), proteínas y otras sustancias químicas que son muy importantes para controlar el uso de la energía, la ingestión de alimentos, y el peso corporal. Debido a que todas estas sustancias interactúan tanto en los centros del cerebro que regulan el gasto de energía como en los tejidos que en el cuerpo controlan el gasto y el consumo de energía, no es posible predecir el efecto que tendrá la alteración de uno de estos factores (como la hormona tiroidea) sobre el peso en general. En consecuencia, en estos momentos, somos incapaces de predecir el efecto que el cambio en el estado de la tiroides puede tener en el peso de un individuo cualquiera.

HIPERTIROIDISMO

¿Qué relación existe entre el hipertiroidismo y el peso?

Como el MB en los pacientes con hipertiroidismo (véase el folleto de *Hipertiroidismo*) está elevado, muchos pacientes con una tiroides que funciona en exceso experimentarán, de hecho, una pérdida de peso. Más aún, la probabilidad de perder peso se relaciona con la severidad del funcionamiento excesivo de la tiroides. Por lo tanto, si la hiperactividad de la tiroides es extremadamente alta, el MB del individuo aumenta, lo cual se traduce en un aumento de los requisitos calóricos para mantener ese peso. Si la persona no aumenta el consumo de calorías de modo que este iguale el exceso de calorías utilizadas, el resultado será una pérdida de peso. Como se indicó anteriormente, los factores que controlan nuestro apetito, metabolismo y actividad, son muy complejos y la hormona tiroidea es sólo uno de los factores en este complejo sistema. No obstante, en general, mientras más severo sea el hipertiroidismo, mayor será la pérdida de peso observada. La pérdida de peso también se puede ver en otras condiciones en las cuales los niveles de hormona tiroidea están elevados, como en la fase tóxica de la tiroiditis (véase el folleto sobre *tiroiditis*) y cuando una persona está tomando dosis muy altas de hormona tiroidea. Como el hipertiroidismo también aumenta el apetito, es posible que algunos pacientes no pierdan peso, y de hecho otros incluso podrán aumentar de peso dependiendo de cuánto aumentan su consumo de calorías

¿Por qué aumento de peso al tratar el hipertiroidismo?

Debido a que el hipertiroidismo es un estado anormal, podemos predecir que cualquier pérdida de peso causada por este estado anormal no se mantendrá cuando dicha anomalía sea corregida. Esto es, en efecto, lo que se suele observar. En promedio, cualquier peso que se perdió durante el estado hipertiroides se volverá a recuperar al tratar el hipertiroidismo. Una consecuencia de esta observación es que el uso de la hormona tiroidea para el tratamiento de la obesidad no es muy útil. Una vez que se suspende el tratamiento con hormona tiroidea, cualquier peso que se haya perdido durante el tratamiento, volverá a recuperarse.

HIPOTIROIDISMO Y HORMONA TIROIDEA

¿Qué relación existe entre el hipotiroidismo y el aumento de peso?

Como el MB en los pacientes con hipotiroidismo (véase el folleto sobre *hipotiroidismo*) está disminuido, una tiroides hipofuncionante generalmente se asocia con un aumento de peso. El aumento de peso es generalmente mayor en aquellos individuos con hipotiroidismo más severo. Sin embargo, la disminución en el MB debido al hipotiroidismo, usualmente es mucho menos dramático que el aumento marcado que se

ve en el hipertiroidismo, lo cual resulta en cambios de peso más moderados en el caso del hipotiroidismo. La causa del aumento de peso en los individuos con hipotiroidismo es también compleja, y no siempre se relaciona con una acumulación excesiva de grasa. La mayor parte del aumento de peso en individuos con hipotiroidismo es debido a acumulación excesiva de sal y agua. Raramente, el hipotiroidismo resulta en aumento masivo de peso. En general, 5 a 10 libras de peso pueden ser atribuidas a la tiroides, dependiendo de la severidad del hipotiroidismo. Finalmente, si el aumento de peso es el único síntoma de hipotiroidismo en un paciente, es menos probable que dicho aumento de peso sea debido únicamente a problemas tiroideos.

¿Cuanto peso puedo esperar perder cuando el hipotiroidismo sea tratado?

Como gran parte del aumento de peso en el hipotiroidismo es debido a la retención de sal y agua, cuando se trata el hipotiroidismo uno puede esperar una pequeña pérdida de peso (usualmente menos del 10% del peso corporal). Al igual que con el tratamiento del hipertiroidismo, el tratamiento del estado anormal de hipotiroidismo con hormona tiroidea, debería resultar en un regreso de peso a lo que era antes de que se desarrollara el hipotiroidismo. Sin embargo, como el hipotiroidismo generalmente se desarrolla a lo largo de un período de tiempo prolongado, es bastante común encontrar que no hay una pérdida de peso significativa con el tratamiento exitoso del hipotiroidismo. De nuevo, si todos los otros síntomas del hipotiroidismo, con la excepción del aumento de peso se corrigen con el tratamiento con hormona tiroidea, es menos probable que el aumento de peso sea únicamente debido al hipotiroidismo. Una vez que se ha tratado el hipotiroidismo y los niveles de hormona tiroidea se han normalizado con el uso de hormona tiroidea, la capacidad de aumentar o perder peso es igual a la de aquellos individuos sin problemas de tiroides.

¿Se puede usar hormona tiroidea para ayudarme a perder peso?

Las hormonas tiroideas han sido utilizadas en el pasado como herramientas para ayudar a perder peso. Muchos estudios han demostrado que el tratamiento con dosis excesivas de hormona tiroidea puede ayudar a perder más peso que el que se perdería sólo con dieta.

Sin embargo, una vez que se suspende el exceso de hormona tiroidea el peso perdido inicialmente, vuelve a recuperarse. Más aún, puede haber consecuencias negativas importantes como resultado del uso de hormona tiroidea para perder peso, tales como pérdida de masa muscular además de cualquier pérdida de grasa corporal. El aumentar la dosis de hormona tiroidea con el fin de elevar los niveles de hormona tiroidea probablemente no resultará en una pérdida de peso significativa, pero puede resultar en otros problemas metabólicos.

MÁS INFORMACIÓN WWW.THYROID.ORG

Para más detalles sobre este u otros temas relacionados con la tiroides, por favor visite la sección de información al paciente en la página de Internet de la Asociación Americana de la Tiroides en www.thyroid.org



AMERICAN
THYROID
ASSOCIATION
FOUNDED 1923