



## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

La normal función del tiroides durante el embarazo es esencial para el adecuado desarrollo del feto y para la salud de la madre. Existe una sólida evidencia científica sobre cómo las disfunciones tiroideas pueden afectar la fertilidad de la mujer, el curso del embarazo, la salud fetal y el estado materno y del recién nacido en el postparto.<sup>1-2</sup>

Entre las complicaciones obstétricas asociadas al hipotiroidismo se encuentran: infertilidad, aborto/muerte fetal intraútero, crecimiento intrauterino restringido, estados hipertensivos del embarazo, desprendimiento de placenta normalmente inserta y prematuridad.

Entre las repercusiones del hipotiroidismo en la descendencia, Haddow et al., en 1999, observaron que los hijos de aquellas mujeres con hipotiroidismo no diagnosticado durante la gestación presentaban, a los 9 años de edad, puntuaciones significativamente más bajas en test relacionados con la inteligencia, la atención, el lenguaje, la habilidad de lectura, los resultados escolares y el rendimiento visomotor. Otros estudios han relacionado el hipotiroidismo subclínico, la hipotiroxinemia o autoinmunidad tiroidea de las madres con peores resultados en los test de inteligencia y psicomotricidad de los hijos.<sup>3</sup>

Se sabe que el embarazo influye en la correcta función del tiroides por lo que la disfunción tiroidea puede tener su primera manifestación durante la gestación.

En gestantes con una reserva limitada previa (tiroidectomía parcial, radioterapia previa sobre cabeza o cuello, pacientes con anticuerpos antitiroideos...) o en caso de un déficit de yodo en la dieta, el embarazo puede dar lugar a la aparición de hipotiroidismo.

En cuanto a la estrategia de cribado de la disfunción tiroidea de la población gestante se plantea la siguiente dicotomía: cribado universal antes de la concepción o en la primera visita antenatal y evaluación de los casos con anomalía en las pruebas de función tiroidea, frente a un cribado selectivo solo de los casos de alto riesgo para la disfunción tiroidea. La [American Thyroid Association \(ATA\)](#) reconoce como factores de riesgo de disfunción tiroidea los siguientes:<sup>4</sup>

- Historia personal de disfunción tiroidea, bocio o cirugía de tiroides.
- Historia familiar de disfunción tiroidea.
- Pacientes con anticuerpos antitiroideos u otra enfermedad autoinmune
- Clínica de hipotiroidismo
- Diabetes tipo I
- Infertilidad o antecedente de aborto o parto pretérmino
- Radioterapia previa sobre cabeza o cuello
- IMC mayor 40 Kg/m<sup>2</sup>
- Edad igual o superior a 30 años
- Mujeres tratadas con amiodarona, litio o expuestas a contrastes radiológicos yodados en las 6 semanas previas.
- Embarazadas en zonas de yododeficiencia en la dieta

Dada la trascendencia que la patología tiroidea puede tener para la madre y para el feto parece adecuado el cribado universal para la detección de la disfunción tiroidea<sup>3</sup>, en especial del hipotiroidismo subclínico, aunque hay voces que consideran innecesario el cribado sistemático de todas las embarazadas y proponen un cribado solo en las gestantes de riesgo.

## **Metodología**

Revisión bibliográfica en la base de datos Pubmed con los siguientes descriptores: cribado, disfunción tiroidea, hipotiroidismo, embarazo; de los artículos publicados entre los años 2001 y 2013.<sup>7</sup>

## **Resultados**

-Los datos sobre prevalencia de hipotiroidismo en mujeres embarazadas sanas de nuestro país son limitados, mostrando una frecuencia de hipotiroidismo subclínico del 4,6-6,4% y de hipotiroidismo clínico del 1,6%.<sup>5</sup>

-Existen evidencias y acuerdo generalizado de que el hipotiroidismo clínico no diagnosticado o mal controlado puede influir de forma negativa, entre otros aspectos, sobre la fertilidad, la evolución de la gestación y los resultados neurocognitivos en los hijos.

Existe unanimidad en el seguimiento y tratamiento del hipotiroidismo clínico<sup>4</sup>. Hay evidencias de que el tratamiento precoz del hipotiroidismo clínico (en las primeras semanas de gestación) consigue beneficios indiscutibles sobre la maduración del feto.<sup>6-7</sup>

-Aunque varios estudios asocian el hipotiroidismo subclínico durante el embarazo con patología obstétrica y problemas neurocognitivos en los hijos de estas pacientes, no hay evidencia del posible beneficio de su tratamiento con tiroxina.<sup>6</sup>

-Tanto el American College of Obstetricians and Gynecologists como la guía de la American Thyroid Association de 2011, recomiendan el cribado selectivo de pacientes de riesgo en la visita antenatal o al diagnóstico del embarazo.<sup>2</sup>

-El estudio exclusivo de las mujeres embarazadas de alto riesgo podría dejar sin diagnóstico a alrededor de un tercio de las mujeres con hipotiroidismo subclínico o manifiesto.<sup>4</sup>

-La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, abogan por un cribado de la función tiroidea en la pregestación o en el primer trimestre. Para ello, recomiendan realizar la determinación de TSH en suero antes de la semana 10 de gestación.<sup>6</sup>

Hay consenso en la prevención de la deficiencia de yodo con el aumento de la ingesta de yodo a 250 microgramos/día durante el periodo preconcepcional, el embarazo y la lactancia<sup>4-6</sup>. De igual modo, es muy importante que exista una adecuada nutrición de yodo desde mucho antes del embarazo. Ello puede reducir el riesgo de disfunción tiroidea durante la gestación. La sal yodada y también la leche contribuyen a alcanzar una buena nutrición de yodo.<sup>6</sup>

## **Discusión**

Es necesaria la realización de estudios sobre la prevalencia de hipotiroidismo en mujeres sanas de nuestro país ya que hay diferencias significativas entre varios estudios.

El tratamiento del hipotiroidismo clínico con levotiroxina durante el embarazo cuando la nutrición con yodo es adecuada, ya es una práctica estándar debido a los beneficios documentados. La obtención y el mantenimiento de un estado eutiroideo desde la concepción, pueden maximizar estos beneficios. Se recomienda el asesoramiento preconcepcional y durante el primer trimestre de embarazo con respecto a la importancia del control de la hormona tiroidea en cuanto a la reducción de la morbilidad significativa materno-fetal.

En cuanto al hipotiroidismo subclínico, se precisa la realización de más estudios sobre la necesidad de tratamiento, ya que existe controversia entre las distintas sociedades científicas debido a que no existe asociación absoluta entre el hipotiroidismo subclínico y peores resultados obstétricos y neuropsíquicos en la descendencia de estas mujeres. Esto es debido a la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados que demuestre el beneficio, o no, del tratamiento con levotiroxina en mujeres embarazadas con hipotiroidismo subclínico.

## **Conclusión**

Si aceptamos que el hipotiroidismo es una patología relativamente frecuente en las mujeres gestantes, con consecuencias importantes, cuyo diagnóstico es sencillo mediante un análisis sanguíneo que se podría hacer de manera conjunta con el resto de la analítica del primer trimestre, y no precisa de otras exploraciones adicionales y con un tratamiento que parece disminuir las complicaciones y no representa riesgo; podría ser necesaria la realización de un cribado universal de función tiroidea a todas las mujeres embarazadas o al menos a aquellas con factores de riesgo.

El cribado supondría la identificación de patología tiroidea que, de otro modo, permanecería desconocida, la normalización precoz de la función tiroidea materna y la reducción de complicaciones perinatales asociadas a la hipofunción tiroidea materna (prematuridad, retraso de crecimiento intrauterino o muerte fetal).

Además sabemos que si no hacemos el cribado poblacional, aproximadamente un 30% de los hipotiroidismos subclínicos quedarían sin diagnosticar. Y ese es el principal argumento empleado para propugnar el cribado universal.

## **Bibliografía**

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ et al. Endocrine disorders. In: Williams Obstetrics 21st edition. McGraw-Hill. New York. 2001
2. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, Eastman CJ, Lazarus JH, Luton D, Mandel SJ, Mestman J, Rovet J, Sullivan S. Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2012;97(8):2543-65.

3. Li Y, Shan Z, Teng W, Yu X, Li Y, Fan C, et al. Abnormalities of maternal thyroid function during pregnancy affect neuropsychological development of their children at 25-30 months. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;72:825–9.
4. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of Thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*. 2011;21:1081-125.
5. Menéndez E, Sánchez V, Avello N, Aller J, Bellido V, Boix P. Cribaje poblacional de la función tiroidea en mujeres embarazadas del área sanitaria de Oviedo. *Endocrinol Nutr*. 2011;58:120–1.
6. Vila L, Velasco I, Gonzalez S, Morales F, Sanchez E, Laila JM, Martinez-Astorquiza T, Puig-Domingo M, y el Grupo de Trabajo de Trastornos por Deficiencia de Yodo y Disfunción tiroidea de la Sociedad española de Endocrinología y Nutrición. Detección de la disfunción tiroidea en la población gestante: está justificado el cribado universal. *Endocrinol Nutr* 2012;59 (9):547-60.
7. Thung SF, Funai EF, Grobman WA. The cost-effectiveness of universal screening in pregnancy for subclinical hypothyroidism. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200:267.