

# DISFUNCIÓN TIROIDEA Y GESTACIÓN

Inés Velasco López. Médico Adjunto. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.  
Berta Soldevila Madorell. Jefe de Sección. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

## Introducción

Las hormonas tiroideas son esenciales para un correcto neurodesarrollo fetal.

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomiendan el cribado universal de disfunción tiroidea en el primer trimestre de gestación, coincidiendo con el cribado universal de aneuploidías.

La identificación temprana (primer trimestre de gestación) y el consiguiente tratamiento oportuno de cualquier alteración de la función tiroidea materna garantizan la transferencia de hormonas tiroideas de la madre al feto y reduce las complicaciones obstétricas y/o perinatales asociadas a la disfunción tiroidea.

## Diagnóstico

### Estrategias de cribado de disfunción tiroidea

	Momento de realización	Prueba solicitada	Actitud a seguir
Gestantes sanas	9-11 semanas	Tirotropina (TSH)	- TSH > 10 mU/l: tratamiento con levotiroxina (LT4) - TSH > 2,5: valorar pedir anti-TPO* - TSH < 0,1: pedir TRAb y valorar β-hCG
Pacientes de alto riesgo obstétrico: - Infertilidad previa - Abortos de repetición - Muerte intraútero - Parto pretérmino	Idealmente, preconcepcional o en el momento de confirmar embarazo (test de gestación positivo)	TSH Tetrayodotironina libre (T4L) Anti-TPO	- Si TPO positivo: tratar a partir de TSH > 2,5 mU/l - Si TPO negativo: tratar a partir de TSH > 4,0 mU/l
Pacientes con patología tiroidea previa:	Hipotiroidismo	TSH T4L Anti-TPO**	De entrada, aumentar un 30 % la dosis preconcepcional de LT4
	Hipertiroidismo	TSH T4L TRAb***	En cualquier caso de hipertiroidismo conocido activo o en tratamiento antes de la gestación, derivar a endocrinología - Si TSI positivos: compatibles con enfermedades de Graves - Si TSI negativos: considerar otras posibles causas (nódulo tóxico, tiroiditis)

hCG: gonadotropina coriónica humana.

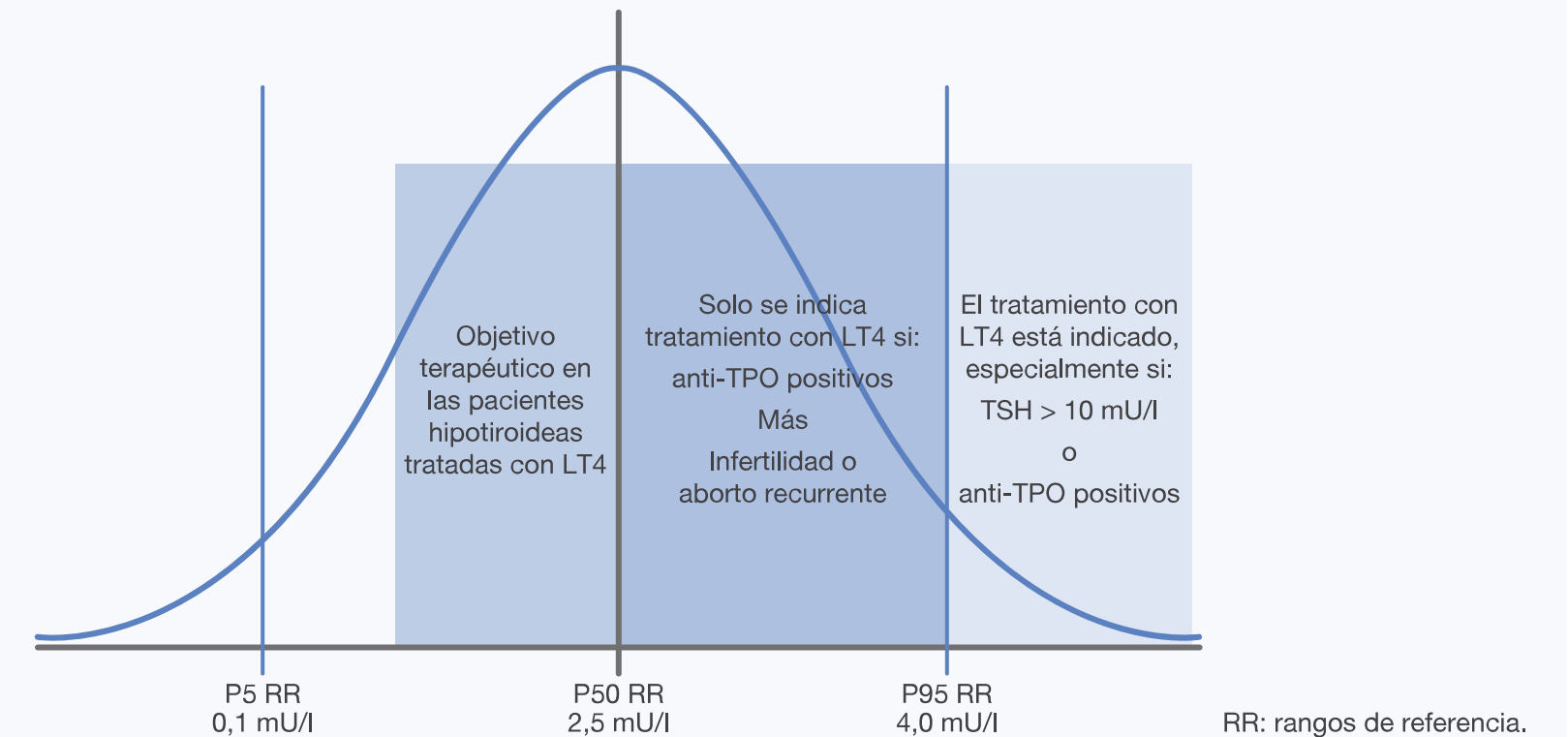
\*Valorar solicitar anticuerpos antiperoxidasa (anti-TPO) especialmente en casos con historia personal o familiar de enfermedad autoinmune.

\*\*Solicitar los anti-TPO en caso de no tener resultados previos. Aunque su presencia no modificará la actitud terapéutica, contribuyen a una mejor valoración del riesgo por su asociación con una mayor incidencia de abortos recurrentes y de complicaciones obstétricas.

\*\*\*TRAb (anticuerpos antireceptor TSH), específicos para enfermedad de Graves.

## Enfoque terapéutico

### TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO:



### TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO:

Asintomática	Naúseas, vómitos	Taquicardia, bocio, exoftalmos, pérdida de peso
Solicitar T4L, β-hCG y TRAb		
TRAb negativos Niveles altos de β-hCG T4L normal o ligeramente elevada		TRAb negativos T4L elevada
Hipertiroidismo gestacional transitorio	Hiperémesis gravídica	Hipertiroidismo (sospecha de enfermedad de Graves)
No precisa tratamiento	Hidratación Antieméticos	Tratamiento con fármacos antitiroideos

## No olvides...

1. Se recomienda el cribado universal de disfunción tiroidea en el primer trimestre de gestación.
2. El tratamiento de elección en el hipotiroidismo es levotiroxina oral.
3. El control de embarazadas con hipertiroidismo debe realizarse por parte de los especialistas en endocrinología.
4. Los suplementos de yoduro potásico garantizan un aporte regular de yodo complementario a la dieta.