

## ¿Está indicado el examen sistemático de la función tiroidea durante el embarazo?

### *Is thyroid function screening warranted during pregnancy?*

C. Maciá<sup>1</sup>, A. Ronzón<sup>2</sup>, E. Fernández<sup>3</sup>

#### INTRODUCCIÓN

La prevalencia del hipotiroidismo subclínico en las mujeres gestantes oscila entre un 2 y un 5%, según las series<sup>1,2</sup>; la del hipertiroidismo subclínico es menor del 2%<sup>3</sup>, y la disfunción primaria franca (no subclínica) descubierta durante el embarazo puede considerarse anecdótica<sup>4</sup>. Una recomendación de cribado universal de la función tiroidea en el primer trimestre de la gestación en un área sanitaria como la de Avilés (Asturias), a la que están adscritas 160.000 personas y cuyo número anual de partos ronda el millar<sup>5</sup>, supondría inicialmente más de 1.000 determinaciones anuales de tirotropina (TSH), no menos de 50 determinaciones de tiroxina libre (T4I) y anticuerpos anti-peroxidasa tiroidea (Ac anti-TPO), y un número adicional considerable de análisis de confirmación y de control del tratamiento. Y esto ciñéndonos a los casos de hipotiroidismo, y aceptando la bondad de la TSH como indicador de la función tiroidea materna durante la gestación (presunción discutible, de tal modo que algunos autores proponen la determinación simultánea de T4I siempre)<sup>6</sup>.

Para la Sección de Endocrinología del área sanitaria de Avilés una estrategia

diagnóstica de este tipo representaría un flujo de unas 50 gestantes al año (una por semana), que tendrían que ser atendidas en términos de primera consulta preferente, y, además un número considerable de revisiones en concepto de confirmación analítica del diagnóstico, inicio del tratamiento, y control de las dosis del mismo; en resumen, un incremento del 3-4% de la actividad anual en consultas externas<sup>5</sup>. Para las embarazadas afectas, el diagnóstico de "enfermedad tiroidea" (equivalente la mayoría de las veces, en este contexto, a una mínima elevación de TSH, todavía sin confirmar) se traduce en preocupación y estrés, especialmente si la primera consulta en Endocrinología se demora por espacio de unos días.

Esta situación es extrapolable a otras áreas de nuestro entorno, con cifras que pueden ser incluso más abultadas, habida cuenta que la natalidad en Asturias es una de las más bajas de España<sup>7</sup>. Parece pues plenamente justificado, desde el punto de vista de la gestión de recursos y del bienestar de las gestantes, plantearse si la política de cribado universal de la disfunción tiroidea en el embarazo debe de ser asumida como parte de una buena asis-

*An. Sist. Sanit. Navar. 2006, 29 (3): 415-417.*

1. Sección de Endocrinología. Hospital San Agustín. Avilés. Asturias
2. Médico de Familia. Área III del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
3. Médico de Familia. Área VIII del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

#### Correspondencia:

Carmen Maciá Bobes  
C/ Pablo Laloux 13, esc. Sur, 6º A. 33405 Salinas.  
Castrillón.  
Asturias  
Tfno.: 619308685  
Correo electrónico: cmacb@arrakis.es

tencia obstétrica. En este trabajo pretendemos revisar el estado de la cuestión según las pruebas disponibles.

## HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO Y EMBARAZO

Las mujeres embarazadas con hipotiroidismo franco están expuestas a un incremento de la morbilidad materna y de la morbi-mortalidad perinatal. El tratamiento con tiroxina en estos casos ha demostrado mejorar los resultados obstétricos<sup>1</sup>. Otro tanto cabe señalar respecto al hipertiroidismo que acontece durante la gestación, el cual, sin ningún género de duda, debe de ser tratado con fármacos antitiroideos<sup>2</sup>. Por otra parte, es difícil que la disfunción tiroidea no subclínica pase desapercibida durante el embarazo, especialmente si existe un cierto nivel de alerta respecto a los síntomas del hipotiroidismo, que son menos específicos.

Puesto que el hipertiroidismo subclínico, o autonomía tiroidea, no parece repercutir negativamente sobre el curso de la gestación<sup>3</sup>, la conveniencia de un examen sistemático de la función de la glándula en esta circunstancia se refiere a la detección de los casos de hipotiroidismo subclínico.

La controversia respecto a la importancia de identificar y tratar a las gestantes con hipotiroidismo subclínico se planteó tras la publicación de varios estudios que encontraron una asociación entre diversos grados de disfunción tiroidea materna y un desarrollo neurológico fetal deficiente<sup>4,5</sup>. Frecuentemente se considera, de modo erróneo, que en estos estudios se incluyen gestantes con hipotiroidismo subclínico cuando, en realidad, ninguno de estos estudios identifica específicamente a tales mujeres. Hasta la fecha, no ha habido ningún ensayo clínico bien controlado y a largo plazo sobre la capacidad cognitiva de la descendencia de mujeres con hipotiroidismo subclínico durante la gestación, definido éste según los criterios actuales (elevación sérica de TSH junto con niveles normales de T4l y triyodotironina libre -T3l-).

Los estudios citados sobre gestantes hipotiroideas, caracterizadas mediante niveles de TSH sérica superiores al per-

centil 98 y/o por niveles bajos de T4l<sup>11,12</sup>, han dado soporte a directrices opuestas y confusas de algunas sociedades científicas respecto al cribado universal de la disfunción tiroidea en el embarazo, y a la indicación de tratamiento para las gestantes con hipotiroidismo subclínico. Lo cual no es de extrañar porque sus resultados no se refieren particularmente al hipotiroidismo subclínico.

Cabe, además, reseñar que tampoco existen ensayos diseñados específicamente para demostrar la eficacia del tratamiento con tiroxina sobre el desarrollo neurológico de los hijos de mujeres con hipotiroidismo subclínico durante la gestación<sup>13</sup>.

## DISCUSIÓN

En muchos países, y también en España, los médicos que se ocupan del control de las embarazadas (obstetras o médicos de familia) experimentan una presión creciente para identificar activamente (y tratar) a las gestantes con hipotiroidismo subclínico, a pesar de la incertidumbre sobre si sus vástagos se beneficiarían de la terapia.

Las sociedades científicas norteamericanas de Endocrinología, que en la actualidad recomiendan el cribado y tratamiento del hipotiroidismo subclínico durante el primer trimestre del embarazo, reconocen, sin embargo, que son necesarios ensayos clínicos a gran escala para disponer de pruebas<sup>14</sup>. Hasta que tales estudios no se hayan efectuado, cribado y tratamiento no estarían justificados y deben ser considerados experimentales, según las directrices oficiales de la Sociedad Americana de Obstetricia<sup>15</sup>, que representa la otra cara de la controversia. En España, las Sociedades de Endocrinología, y de Obstetricia y Ginecología no se han pronunciado sobre el asunto.

Si retomamos el punto de vista de la gestión de recursos y bienestar subjetivo de las embarazadas, lo razonable, con las pruebas actuales, sería una estrategia conservadora: o bien la ausencia generalizada de cribado, o bien la investigación de disfunción tiroidea gestacional sólo en los casos de riesgo: historia familiar o perso-

nal de alteraciones tiroideas, presencia de síntomas o signos sugestivos de hipotiroidismo, bocio o nodularidad tiroidea, o bien coexistencia de diabetes mellitus tipo 1 u otras enfermedades autoinmunitarias. Este proceder, recomendado por algunos autores<sup>14</sup> y por la Sociedad Americana de Obstetricia, dejaría sin diagnóstico a un tercio de las embarazadas con hipotiroidismo subclínico<sup>17</sup>, y la ausencia de cribado a la totalidad, pero el fondo de la cuestión es que el tratamiento consecutivo al diagnóstico no se ha demostrado, todavía, beneficioso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CANARIS GJ, MANOWITZ NR, MAYOR G, RIDGWAY EC. The Colorado thyroid disease prevalence study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 526-534.
2. CASEY BM, DASHE JS, WELLS CE, MCINTIRE DD, BYRD W, LEVENO KJ et al. Subclinical hypothyroidism and pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol* 2005; 205: 239-245.
3. CASEY BM, DASHE JS, WELLS CE, MCINTIRE DD, LEVENO KJ, CUNNINGHAM FG. Subclinical hyperthyroidism and pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 337-341.
4. LAZARUS JH, PREMAWARDHANA LD. Screening for thyroid disease in pregnancy. *J Clin Pathol* 2005; 58: 449-452.
5. Memoria de actividades del Hospital San Agustín, Avilés, Asturias. Año 2004 [Consultado: 16 de octubre de 2006]. Disponible en: <http://www.hsa.es/docs/memorias/2004/index.htm>
6. MORREALE DE ESCOBAR G, OBREGÓN MJ, ESCOBAR DEL REY F. Is neuropsychological development related to maternal hypothyroidism or to maternal hypothyroxinemia? *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85: 3975-3987.
7. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2006. Principales indicadores provinciales [Consultado: 13 de octubre de 2006]. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/esp/cif/resu06.pdf>
8. DAVIS LE, LEVENO KJ, CUNNINGHAM FG. Hypothyroidism complicating pregnancy. *Obstet Gynecol* 1988; 72: 108-112.
9. LEUNG AS, MILLAR LK, KOONINGS PP et al. Perinatal outcome in hypothyroid pregnancies. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 349-353.
10. BACH-HUYNH TG, JONKLAAS J. Thyroid medications during pregnancy. *Ther Drug Monit* 2006; 28: 431-441.
11. HADDOW JE, PALOMAKI GE, ALLAN WC, WILLIAMS JR, KNIGHT GJ, GAGNON J et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *N Engl J Med* 1999; 341: 549-555.
12. POP VJ, KUIJPENS JL, VAN BAAR AL, VERKERK G, VAN SON MM, DE VULDER JJ et al. Low maternal free thyroxine concentrations during early pregnancy are associated with impaired psychomotor development in infancy. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1999; 50: 149-155.
13. POP VJ, BROUWERS EP, VADER HL, VULSMA T, VAN BAAR AL, DE VULDER J et al. Maternal hypothyroidism during early pregnancy and subsequent child development: a 3-year follow-up study. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2003; 59: 282-288.
14. CASEY BM. Subclinical hypothyroidism and pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61: 415-420.
15. GHARIB H, TUTTLE RM, BASKIN HJ, FISH LH, SINGER PA, McDERMOTT MT. Subclinical thyroid dysfunction: A Joint Statement on Management from the American Association of Clinical Endocrinologists, the American Thyroid Association, and The Endocrine Society. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90:581-585.
16. Thyroid disease in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 37. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 387-396.
17. VAIDYA B, ANTHONY S, BILOUS M, SHIELDS B, DRURY J, HUTCHISON S et al. Detection of thyroid dysfunction in early pregnancy: Universal screening or targeted high-risk case finding? *J Clin Endocrinol Metab* 2006 Oct 10 [Epub ahead of print]. Disponible en: <http://jcem.endojournals.org/cgi/rapidpdf/jc.2006-1748v1>