

424/3438 - HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO

F. Alonso Moreno¹, D. Gómez Sáez², A. Alonso Lorenzo³ y M. Aguilar Rodelgo⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo. ²Matrón. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Enfermera. Centro de Salud San Martín de la Vega. Madrid. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 29 años, gestación de 11 semanas. Acude a consulta por presentar astenia, estreñimiento e intolerancia al frío. Antecedentes personales: migraña, colelitiasis. SIL de bajo grado, VPH positivo. Dos embarazos con partos normales, y un aborto espontáneo en 2017. Antecedentes familiares: madre con fiebre reumática.

Exploración y pruebas complementarias: Análisis del primer trimestre (destacaban TSH: 8,990 uU/ml; AC IgG antiperoxidasa (TPO): 293,29 UI/ml. Hemograma, bioquímica y serología normales. Presión arterial 120/70 mmHg; peso: 54 Kg. Evolución analítica: TSH: 2,778 uU/ml y T4: 1,060 uU/ml. Posteriormente, TSH: 1,568 uU/ml.

Orientación diagnóstica: Hipotiroidismo en el primer trimestre de gestación.

Diagnóstico diferencial: Anemia, mialgias, enfermedades que producen astenia, hiperlipidemias.

Comentario final: Las manifestaciones clínicas del hipotiroidismo durante el embarazo son las mismas que en las pacientes no embarazadas e incluyen intolerancia al frío, cansancio, ganancia ponderal. Al ser inespecíficas se pueden atribuir a la gestación. Durante la gestación, se produce aumento fisiológico de la proteína transportadora de hormonas tiroideas por lo que las concentraciones de T4 y T3 total están aumentadas. El aumento en las concentraciones de beta-HCG hace que los niveles de TSH se encuentren disminuidos. Para interpretar las hormonas tiroideas durante el embarazo se necesitan valores de referencia de normalidad. El hipotiroidismo puede tener efectos adversos durante el embarazo: preeclampsia, parto prematuro, peso bajo al nacer, alteraciones neuropsicológicas y de aprendizaje del recién nacido entre otros. Según las últimas recomendaciones se indicaría tratamiento en los siguientes casos: TSH > 10; TSH entre 4-10 si se asocian anticuerpos TPO positivos. Nuestra paciente inició tratamiento con levotiroxina 50 µg/día. El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta paciente se realizó en atención primaria, confirmado por endocrinología y obstetricia. El tratamiento podrá ser suspendido tras el parto, reevaluando función tiroidea al mes y medio.

Bibliografía

- Álvarez-Castro P, Cordido-Carro M, Cordido- Carballido F. Hipotiroidismo. Actualizado 9/4/2018. Guías Fisterra. Citado 05/08/2019. Disponible en: <http://www.fisterra.com>
- Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. 2017 Guidelines of the american Thyroid association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy

and the postpartum. *Thyroid*. 2017;27(3):315-89.

Palabras clave: Atención primaria. Embarazo. Hipotiroidismo.