

## Comentarios al artículo «Tirotoxicosis en una gestación inducida por yodoprofilaxis»

### Sr. Editor:

En el pasado número de mayo, Luengo Tabernero et al presentan, con el título «Tirotoxicosis en una gestación inducida por yodoprofilaxis» (Pog Obstet Ginecol. 2007;50:320-2) un caso clínico de hiperemesis gravídica con elevación de hormonas tiroideas y enzimas hepáticas en el primer trimestre de gestación.

El hipertiroidismo transitorio del embarazo asociado a hiperemesis gravídica o tirotoxicosis gravídica es una entidad clínica definida y reconocida en la literatura<sup>1-3</sup> médica. Se trata de gestaciones normoevolutivas en mujeres previamente sanas, que cursan con títulos anormalmente altos de gonadotropina coriónica humana, cuyo efecto estimulante sobre el tiroides determina un cuadro clínico de hiperfunción tiroidea en el primer trimestre de la gestación, acompañado de vómitos como síntoma característico.

El hipertiroidismo, en este caso, es funcional, en presencia de una glándula tiroidea sana, y autolimitado toda vez que los valores séricos de gonadotropina coriónica descienden transcurrido el primer trimestre. El pronóstico es excelente. Incluso se ha descrito una variante familiar de esa afección<sup>4</sup>.

El hipertiroidismo inducido por yodo, como se comenta en el trabajo de Luengo Tabernero et al, suele presentarse en una glándula tiroidea previamente alterada (bocio, nódulos tiroideos) en personas de edad avanzada<sup>5</sup> o tras exposición a dosis elevadas (miligramos e incluso gramos) de yodo, o mantenidas durante períodos prolongados<sup>6-7</sup>.

En este sentido, la determinación de gonadotropina coriónica humana en sangre es de gran utilidad para establecer el diagnóstico diferencial entre dos formas de hipertiroidismo de etiología sustancialmente diferente<sup>8</sup>.

La yodoprofilaxis, o suplementación con dosis farmacológicas (microgramos) de yoduro potásico,

es la única forma reconocida como eficaz y segura de garantizar un aporte regular y continuo de yodo para cubrir las necesidades de yodo de la madre y el feto en períodos cruciales del desarrollo neurológico fetal<sup>9</sup>.

Los posibles efectos materno-fetales del yodo como micronutriente se han revisado extensamente y evidenciado en innumerables estudios experimentales, clínicos y epidemiológicos<sup>10-13</sup>. Igualmente, ha quedado establecido que las ventajas de la suplementación con yoduros superan a los posibles riesgos<sup>14</sup>. La gravedad y trascendencia de los efectos en la descendencia que ocasiona la deficiencia de yodo impiden cuestionar la necesidad de una profilaxis universal<sup>15,16</sup>.

Por ello los organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, UNICEF)<sup>17</sup>, gobiernos (Recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo y Consejerías de Salud de Andalucía, Asturias, Galicia, País Vasco)<sup>18</sup> y sociedades científicas (International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Asociación Española de Pediatría y SEGO, entre otras)<sup>19,20</sup> han ratificado reiteradamente el derecho de la mujer gestante a un aporte adecuado de yodo que permita el óptimo desarrollo neurológico del hijo no nacido.

Como especialistas responsables del control y seguimiento del embarazo, debemos comprometernos sin reservas a garantizar un adecuado aporte de yodo durante los períodos de embarazo y lactancia, así como a identificar de manera correcta las posibles disfunciones tiroideas que puedan aparecer durante la gestación.

**Inés Velasco López**

Servicio de Ginecología y Obstetricia.  
Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla). España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chan L. Gestational transient thyrotoxicosis. *Am J Emerg Med*. 2003;21:506.
2. Chan NN. Thyroid function in hyperemesis gravidarum. *Lancet*. 1999;353:2243.
3. Thomson JA, Wilson R, Gray CG, Glen AC, Mack D. Hyperemesis gravidarum and thyrotoxicosis: a diagnostic and therapeutic problem. *Scott Med J*. 1989;34:472-3.
4. Rodien P, Bremont C, Raffin Season ML, Parma J, Van Sande J, Costagliola S, et al. Familial gestational hyperthyroidism caused by a mutant thyrotropin receptor hypersensitive to human chorionic gonadotropin. *N Engl J Med*. 1998;339:1823-6.
5. Stanbury JB, Ermans AF, Bourdoux P, Todd C, Oken E, Tonglet R, et al. Iodine-Induced hyperthyroidism: occurrence and epidemiology. *Thyroid*. 1998;8:83-100.
6. Morreale de Escobar G. El yodo durante la gestación, lactancia y primera infancia: Cantidades mínimas y máximas: de microgramos a gramos. *Prog Diag Trat Prenat*. 2005;17:111-7.
7. Opinion of the Scientific Comité on Food on the Tolerable Upper intake level of iodine. Disponible en: [http://europe.eu.int/comm/food/fs/sc/index\\_err.html](http://europe.eu.int/comm/food/fs/sc/index_err.html)
8. Abalovich M, Amino M, Barbour LA, Cobin RH, De Groot LJ, Glinoer D, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92:8 Suppl:S1-47.
9. Mahomed K, Gülmezoglu AM. Maternal iodine supplements in areas of deficiency. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; 1997. Issue 4.
10. Chan S, Gittoes N, Franklyn J, Kilby M. Iodine intake in pregnancy. *Lancet*. 2001;358:583-4.
11. Glinoer D. Feto-maternal repercussions of iodine deficiency during pregnancy. An Update *Ann Endocrinol*. 2003;64:37-44.
12. Kooistra L, Crawford S, Van Baar AL, Brouwers EP, Pop VJ. Neonatal effects of maternal hypothyroxinemia during early pregnancy. *Paediatrics*. 2006;117:161-7.
13. Delange F. Iodine deficiency as a cause of brain damage. *Postgrad Med J*. 2001;77:217-20.
14. Delange F, ICCIDD. Risk and benefits of iodine supplementation. *Lancet*. 1998;351:9107.
15. Zimmermann M, Delange F. Iodine supplementation of pregnant women in Europe: a review and recommendations. *Eur J Clin Nutr*. 2004;58:979-84.
16. Utiger RD. Iodine nutrition: More is better. *N Engl J Med*. 2006;354:2819-21.
17. WHO/UNICEF/ICCIDD. Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their elimination. WHO/NHD/ 01.1; 1999.
18. Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, parto y puerperio, 2005. Disponible en: <http://www.csalud.junta-andalucia.es>
19. Delange F. Optimal iodine nutrition during pregnancy, lactation and the neonatal period. *Int J Endocrinol Metab*. 2004;2:1-12.
20. Manifiesto sobre la erradicación de la deficiencia de yodo en España. Málaga, 2004. *Prog Diag Trat Prenat*. 2005: 109-10.