



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CARTA AL DIRECTOR

Necesidad de cribado de disfunción tiroidea en la gestación

Need for thyroid dysfunction screening during pregnancy

Sr. Director:

El excelente trabajo de Hijona Elósegui et al¹ aborda una cuestión de extraordinaria importancia clínica y plenamente actual. En sus conclusiones subraya dos aspectos. Primero, en su serie la prevalencia de disfunción tiroidea es mayor que la publicada previamente². Pensamos que se debe considerar que la población fuente del estudio de Hijona Elósegui et al no es una población general, sino que está compuesta por abortadoras espontáneas. Esta condición, como bien argumenta su propio trabajo, se asocia fuertemente con la presencia de disfunción tiroidea. También cabe suponer que esta prevalencia podría ser incluso mayor si se hubiesen seguido, a la hora de analizar los datos, las recomendaciones actuales que consideran 2,5 mU/l y no 4,5 mU/l como el límite de referencia superior de la concentración de TSH durante el primer trimestre de la gestación^{3,4}.

El segundo aspecto de sus conclusiones tiene una relevancia clínica esencial, ya que refuerza el creciente número de evidencias^{5,6}, que claramente señalan que la mera búsqueda de casos es insuficiente para el cribado y tratamiento de la disfunción tiroidea en la mujer gestante. Dada la trascendencia que tiene^{7,8}, pensamos que es momento para que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomiende el cribado universal de patología tiroidea durante la gestación.

Bibliografía

1. Hijona Elósegui JJ, Frutos Arenas FJ, Maldonado Jurado JA, García Morillas M, Torres Martí JM. Disfunción tiroidea en las pacientes abortadoras. ¿Existen argumentos para el cribado? Prog Obstet Ginecol. 2010;53:439–45.
2. Galofré Ferrater JC, Corrales Hernández JJ, Pérez Corral B, Cantón Blanco A, Alonso Pedrol N, Pérez Pérez A, et al. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la disfunción tiroidea subclínica en la gestación. Endocrinol Nutr. 2009;56:85–91.
3. Abalovich M, Amino N, Barbour LA, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2007;92:S1–47.
4. Galofré JC, Davies TF. Thyroid dysfunction in pregnancy. Endocrinol Nutr. 2007;54:535–46.
5. Vaidya B, Anthony S, Bilous M, Shields B, Drury J, Hutchison S, Bilous R. Detection of thyroid dysfunction in early pregnancy: Universal screening or targeted high-risk case finding? J Clin Endocrinol Metab. 2007;92:203–7.
6. Horacek J, Spitalnikova S, Dlabalova B, Malirova E, Vizda J, Svilius I, et al. Universal screening detects two-times more thyroid disorders in early pregnancy than targeted high-risk case finding. Eur J Endocrinol. 2010;163:645–50.
7. Galofré JC, Davies TF. Autoimmune thyroid disease in pregnancy: a review. J Womens Health. 2009;18:1847–56.
8. Negro R, Schwartz A, Gismondi R, Tinelli A, Mangieri T, Stagnaro-Green A. Universal screening versus case finding for detection and treatment of thyroid hormonal dysfunction during pregnancy. J Clin Endocrinol Metab. 2010;95:1699–707.

Juan C. Galofré^{a,*} y Carmen Laparte^b

^aDepartamento de Endocrinología y Nutrición, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

^bDepartamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcgalfre@unav.es (J.C. Galofré).