

## Temas al día

# Abortos de repetición en paciente con anticuerpos antitiroideos positivos

**María Dolores Martín-Escalante, Jairo Luque-del Pino, Josefa A. Aguilar-García, Victoria Agustín-Bandera, Javier García-Alegría**  
Servicio de Medicina Interna. Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella (Málaga). España

Recibido: 27/07/2019

Aceptado: 27/07/2019

En línea: 31/08/2019

**Citar como:** Martín-Escalante MD, Luque-del Pino J, Aguilar-García JA, Agustín-Bandera V, García-Alegría J. Abortos de repetición en paciente con anticuerpos antitiroideos positivos. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Ago); 4(2): 93-95. doi: 10.32818/reccmi.a4n2a18.

**Cite this as:** Martín-Escalante MD, Luque-del Pino J, Aguilar-García JA, Agustín-Bandera V, García-Alegría J. Repetition abort in patient with positive anti-thyroid antibodies. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Ago); 4(2): 93-95. doi: 10.32818/reccmi.a4n2a18.

Autor para correspondencia: María Dolores Martín-Escalante. [mmartinescalante@gmail.com](mailto:mmartinescalante@gmail.com)

### Palabras clave

- ▷ Enfermedad tiroidea
- ▷ Embarazo
- ▷ Manejo
- ▷ Diagnóstico

### Keywords

- ▷ Thyroid disease
- ▷ Pregnancy
- ▷ Management
- ▷ Diagnosis

### Resumen

La disfunción tiroidea es frecuente durante el embarazo, y tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo se asocian con un mayor riesgo de efectos adversos para la gestante y peores resultados perinatales. La evaluación precisa de la función tiroidea y el manejo de la disfunción en embarazadas son cruciales para optimizar los resultados materno-fetales. Se presenta el caso de una mujer de 31 años, gestante de 16 semanas con abortos de repetición, hipotiroidismo subclínico y anticuerpos anti-peroxidasa positivos.

### Abstract

Thyroid dysfunction is common during pregnancy, and both hyperthyroidism and hypothyroidism are associated with increased risk of adverse pregnancy and perinatal outcomes. Accurate assessment of thyroid status and management of thyroid dysfunction in pregnant women are crucial to optimize maternal-fetal outcomes. We present the case of a 31-year-old pregnant women of 16 weeks with recurrent pregnancy loss, subclinical hypothyroidism and positive anti-peroxidase antibodies.

### Puntos destacados

- ▷ La disfunción tiroidea se asocia a complicaciones materno-fetales.
- ▷ Las mujeres con autoinmunidad positiva tienen un mayor riesgo de aborto y de desarrollar hipotiroidismo.
- ▷ Se recomienda valorar el tratamiento con levotiroxina en mujeres con anticuerpos antitiroideos y que tienen antecedentes de abortos de repetición, a pesar de TSH normal.

## Introducción

El hipotiroidismo materno se asocia con aborto, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y bajo coeficiente intelectual en el recién nacido. El tratamiento con levotiroxina mejora los resultados en mujeres embarazadas con hipotiroidismo manifiesto, pero los datos acerca del beneficio del tratamiento del hipotiroidismo subclínico y por la presencia de anticuerpos peroxidasa (aTPO) con normofunción tiroidea son menos consistente. La *American Thyroid Association (ATA)*<sup>1</sup> publicó en 2017 una guía de tratamiento, basada en la evidencia disponible, que puede ser una herramienta

de gran utilidad en la toma de decisiones de los clínicos en este escenario relativamente frecuente.

## Antecedentes personales

Mujer de 31 años, sin hábitos tóxicos ni alergias, sin hipertensión, diabetes ni dislipidemia. No ha tenido intervenciones quirúrgicas. Ha tenido tres abortos en los últimos 2 años. El único tratamiento diario que realiza es levotiroxina 25 µg/48 horas.

## Enfermedad actual

Gestante actual de 16 semanas, asintomática, remitida a la consulta de los autores tras objetivarse hormona estimulante de tiroides (TSH) de 8 mIU/ml. Previamente, en el estudio de abortos de repetición que se le había realizado, sólo

presentaba valores de anticuerpos antiperoxidasa (anti-TPO) positivos, con valor de TSH normal. Se inició tratamiento con levotiroxina a dosis de 25 µg/48 h. A los 6 meses de tratamiento se quedó embarazada, presentando valores de TSH normales al inicio de la gestación.

## Exploración física

Buen estado general, presión arterial 120/75 mmHg; frecuencia cardíaca 75 lpm. Talla 1,72 m; peso 75 kg; IMC 25,3 kg/m<sup>2</sup>. No se palpaba aumento de tamaño del tiroides, nódulos o adenopatías. Resto de exploración sin datos relevantes.

## Pruebas complementarias

Análítica: Hb 12,1 g/dl (11-18), hematocrito 39% (32-52), VCM 83 fl (82-98), HCM 29 pg (27-33,5), leucocitos y plaquetas, función renal e iones sin alteraciones. TSH 8 mIU/ml (0,4-4,5); tiroxina libre (T4L) 1,03 ng/dl (0,85-1,8); triyodotironina libre (T3L) 2,4 pg/ml (2,5-4,4) y anti-TPO > 250 U/m.

## Evolución

En la primera visita se indicó tratamiento con levotiroxina 50 µg/24 h. Con esta dosis mantuvo una TSH dentro de rango en controles realizados cada 4 semanas durante el primer trimestre (una determinación) y posteriores controles trimestrales. La evolución de la gestación fue buena, estando la madre asintomática y el feto mantuvo percentiles de peso y talla adecuados para su edad gestacional. El nacimiento tuvo lugar en la semana 40 sin complicaciones. El peso del recién nacido fue 3,050 kg y el APGAR 10/10. A las 8 semanas del posparto la paciente seguía eutiroidea con 50 µg de levotiroxina.

## Diagnóstico

Hipotiroidismo primario y abortos de repetición en gestante con anti-TPO positivos.

## Discusión y conclusiones

La prevalencia del hipotiroidismo diagnosticado durante la gestación es del 0,3-0,5% y del 2-3% en casos de alteración subclínica<sup>1</sup>. El impacto del hipotiroidismo subclínico (HSC) y la presencia de autoinmunidad tiroidea positiva sobre los resultados obstétricos y perinatales no se han podido definir bien debido a la gran variabilidad obtenida en los diversos estudios.

El hipotiroidismo establecido se relaciona con efectos adversos maternos y fetales<sup>2</sup>. Sin embargo, en el caso de HSC no hay tanta evidencia. Aunque determinados estudios han descrito asociación entre el HSC y parto prematuro, aborto involuntario, hipertensión gestacional, diabetes gestacional, sufrimiento fetal, anomalías placentarias y bajo peso al nacimiento<sup>3</sup>, otros no han confirmado estos hallazgos<sup>4</sup>.

El incremento del riesgo de aborto, parto prematuro y retraso en el desarrollo intelectual y motor se ha asociado a la positividad para anti-TPO<sup>5,6</sup>. Las mujeres con autoinmunidad positiva tienen una mayor probabilidad de sufrir hipotiroidismo y mayor riesgo de aborto y de otros efectos adversos<sup>7</sup>.

El conocimiento del impacto real de estas tres circunstancias (hipotiroidismo clínico, hipotiroidismo subclínico y autoinmunidad positiva sin disfunción tiroidea) podría definir de forma más precisa la necesidad de un cribado universal e indicación de tratamiento en aquellas mujeres afectadas por esta patología. Actualmente, aunque el hipotiroidismo franco se asocia a complicaciones obstétricas y neonatales, no existe suficiente evidencia para recomendar el cribado universal en mujeres embarazadas<sup>1</sup>.

En la situación clínica de la paciente de este caso, la guía de la ATA<sup>1</sup> recomienda que se valore la posibilidad de tratar a mujeres con anticuerpos positivos y que tienen antecedentes de abortos de repetición, teniendo en cuenta algunos pequeños estudios que muestran beneficios<sup>8</sup> y el bajo riesgo de efectos adversos del tratamiento. Las recomendaciones para tratar el hipotiroidismo subclínico durante la gestación se muestran en la **Tabla 1**. El riesgo de complicaciones materno-fetales en este estado es mayor para las gestantes con autoinmunidad positiva, por ello se tiene en cuenta esta circunstancia para indicar el tratamiento.

Finalmente, cabe destacar que en las mujeres en tratamiento con levotiroxina previo al embarazo se recomienda aumentar su dosis entre un 20-30% nada más conocer el mismo (2 comprimidos más a la semana).

Tratamiento con levotiroxina del hipotiroidismo subclínico en el embarazo	
Autoinmunidad	Valores de TSH
Positiva	Tratar si TSH está por encima del valor de referencia* determinado para el trimestre del embarazo en que esté la gestante
Positiva	Valorar tratamiento si TSH está entre 2,5 mIU/l y el límite superior del valor de referencia determinado para el trimestre del embarazo en que esté la gestante
Negativa	Tratar si TSH > 10 mIU/l
Negativa	Valorar tratamiento si TSH < 10 mIU/l, pero más elevada que el límite superior del valor de referencia determinado para el trimestre del embarazo en que esté la gestante

\* Se recomienda que todas las poblaciones tengan determinados sus valores de referencia para cada trimestre. En ausencia de datos locales se consideran valores normales:

- Primer trimestre: 0,1-2,5 mIU/ml
- Segundo trimestre: 0,2-3,0 mIU/ml
- Tercer trimestre : 0,3-3,0 mIU/ml

**Tabla 1.** Recomendaciones para el tratamiento del hipotiroidismo subclínico durante la gestación<sup>1</sup>

## Bibliografía

1. 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): 315-389. doi: 10.1089/thy.2016.0457.
2. Díez JJ, Iglesias P, Donnay S. Disfunción tiroidea durante el embarazo. *Med Clin (Barc)*. 2015; 145(8): 344-349. doi: 10.1016/j.medcli.2014.08.007.
3. Maraka S, Ospina NM, O'Keefe DT, Espinosa de Ycaza AE, Gionfriddo MR, Erwin PJ, et al. Subclinical hypothyroidism in pregnancy: a systematic review and metaanalysis. *Thyroid*. 2016; 26(4): 580-590. doi: 10.1089/thy.2015.0418.
4. Männistö T, Väärämäki M, Pouta A, Hartikainen AL, Ruokonen A, Surcel HM, et al. Thyroid dysfunction and autoantibodies during pregnancy as predictive factors of pregnancy complications and maternal morbidity in later life. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010; 95(3): 1084-1094. doi: 10.1210/jc.2009-1904.
5. Allan WC, Haddow JE, Palomaki GE, Williams JR, Mitchell ML, Hermos RJ, et al. Maternal thyroid deficiency and pregnancy complications: Implications for population screening. *J Med Screen*. 2000; 7(3): 127-130. doi: 10.1136/jms.7.3.127.
6. Kumru P, Erdogan E, Arisoy R, Demirci O, Ozkoral A, Ardic C, et al. Effect of thyroid dysfunction and autoimmunity on pregnancy outcomes in low risk population. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 291(5): 1047-1054. doi: 10.1007/s00404-014-3533-9.
7. Thangaratinam S, Tan A, Knox E, Kilby MD, Franklyn J, Coomarasamy A. Association between thyroid autoantibodies and miscarriage and preterm birth: meta-analysis of evidence. *BMJ*. 2011; 342: d2616. doi: 10.1136/bmj.d2616.
8. Negro R, Schwartz A, Gismondi R, Tinelli A, Mangieri T, Stagnaro-Green A. Increased pregnancy loss rate in thyroid antibody negative women with TSH levels between 2.5 and 5.0 in the first trimester of pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010; 95(9): E44-48. doi: 10.1210/jc.2010-0340.