

# Tiroides en el embarazo. Resumen de lo más importante

**Autor:** Antonio Mas Lorenzo

**Categoría:** [Salud de la Mujer](#), [Tiroides](#)

La función del tiroides en el embarazo es fundamental para desarrollo del feto. Si existe algún problema es imprescindible detectarlo a tiempo para evitar complicaciones graves.

En este artículo haré un repaso general de las principales alteraciones del tiroides en el embarazo e intentaré resolver las dudas más frecuentes que me plantean los pacientes.

Si tienes un problema de tiroides o tienes alguna duda, te puedo ayudar a través de videoconferencia o por mensajería privada. Pide tu [consulta aquí](#).

## Índice

- [1 ¿Por qué es tan importante el tiroides en el embarazo?](#)
  - [1.1 Las enfermedades tiroideas son más frecuentes en mujeres](#)
  - [1.2 La hormona tiroidea es imprescindible para el feto y el tiempo cuenta](#)
  - [1.3 La principal alteración del tiroides en el embarazo es por falta de yodo y ¡se puede prevenir!](#)
  - [1.4 Los cambios fisiológicos del metabolismo del tiroides en el embarazo dificultan el diagnóstico y el seguimiento](#)
- [2 ¿Cuáles son los principales problemas del tiroides en el embarazo?](#)
  - [2.1 Autoinmunidad \(anticuerpos\)](#)
  - [2.2 Hipotiroidismo](#)
  - [2.3 Hipertiroidismo](#)
  - [2.4 Tiroiditis post-parto](#)
  - [2.5 Nódulos tiroideos y cáncer tiroideo](#)
- [3 Tiroides y fertilidad](#)
- [4 Tiroides y lactancia materna](#)
- [5 ¿Qué es lo más importante que hay que tener en cuenta?](#)
- [6 Cribado universal ¿Hay que mirar siempre la función tiroidea antes del embarazo?](#)
- [7 Más información](#)

## ¿Por qué es tan importante el tiroides en el embarazo?

### Las enfermedades tiroideas son más frecuentes en mujeres

Y además, afectan sobre todo a mujeres jóvenes. Esto hace que en endocrinología, estemos acostumbrados a enfrentarnos a las enfermedades tiroideas durante el embarazo, con las peculiaridades que supone respecto al seguimiento médico habitual.

## La hormona tiroidea es imprescindible para el feto y el tiempo cuenta

La hormona tiroidea está especialmente implicada en el desarrollo del sistema nervioso central del feto. Una peculiaridad es que **el feto no es capaz de fabricar su propia hormona tiroidea hasta la semana 10** de embarazo y por tanto depende de la hormona tiroidea materna.

Precisamente por esto el tiempo cuenta. En caso de que exista [hipotiroidismo](#), debe detectarse y tratarse cuanto antes ya que la máxima eficacia sólo se consigue si se aplica el tratamiento antes de la semana 10 de embarazo.

## La principal alteración del tiroides en el embarazo es por falta de yodo y ¡se puede prevenir!

En el embarazo, el tiroides necesita una mayor cantidad de yodo de la dieta para fabricar un extra de hormona tiroidea y así cubrir las necesidades del feto. Si no hay yodo suficiente, aparece [hipotiroidismo](#). A nivel mundial, el déficit de yodo es la primera causa de hipotiroidismo, aunque varía mucho según la zona geográfica. Una dieta adecuada o el tratamiento con suplementos de yodo desde unos meses antes del embarazo, puede prevenir de forma eficaz el hipotiroidismo por déficit de yodo.

## Los cambios fisiológicos del metabolismo del tiroides en el embarazo dificultan el diagnóstico y el seguimiento

Durante el embarazo las analíticas de hormonas tiroideas son más difíciles de interpretar. Uno de los principales inconvenientes es determinar el valor normal de la "TSH", principal parámetro para detectar el hipotiroidismo. Esta y otras cuestiones relacionadas se encuentran en constante estudio y son objeto una alto interés científico.

## ¿Cuáles son los principales problemas del tiroides en el embarazo?

### Autoinmunidad (anticuerpos)

Entre el 2 y 17% de las mujeres que se quedan embarazadas tienen anticuerpos contra el tiroides. Son los **anti-peroxidasa tiroidea (aTPO) y antitiroglobulina (aTG)**. Las mujeres con anticuerpos presentan un **mayor riesgo de hipotiroidismo durante el embarazo**, por lo

que necesitan un seguimiento más estrecho.

En las mujeres con anticuerpos se recomienda **mirar la TSH en el momento en el que se confirma el embarazo y hacer seguimiento** durante todo el embarazo.

Como sabemos de antemano que el riesgo de hipotiroidismo es más alto en estas pacientes, somos más precavidos. En ocasiones, incluso aunque el tiroides funcione correctamente, indicamos tratamiento con hormona tiroidea. Sobre todo en mujeres con abortos de repetición.

## Hipotiroidismo

Es la **falta de hormona tiroidea** y afecta principalmente al **sistema nervioso central** del feto. Sobre todo se asocia a un menor coeficiente intelectual del niño, aunque puede provocar otras alteraciones más graves según el grado de déficit.

La causa más frecuente a nivel mundial es el **déficit de yodo**, aunque en los países occidentales y en las zonas con suficiente yodo en la dieta, la causa más frecuente es la **tiroiditis autoinmune** (Enf. de Hashimoto, en ella hay anticuerpos contra el tiroides).

**Se previene con suplementos de yodo y se trata con hormona tiroidea.** Como la hormona administrada (levotiroxina) es idéntica a la humana, los posibles efectos secundarios son prácticamente nulos con las dosis habituales. Por tanto, incluso en casos leves como en el hipotiroidismo subclínico, se debe valorar la necesidad de tomar hormona tiroidea. Sobre todo en situaciones de riesgo: anticuerpos positivos, abortos de repetición o si se realizan técnicas reproducción asistida.

## Hipertiroidismo

Es el **exceso de hormona tiroidea** y la causa más frecuente es la Enfermedad de Graves-Basedow. Está causada por unos anticuerpos contra el receptor de TSH (TSI).

Si aparece **antes del embarazo, puede provocar infertilidad** mientras las hormonas estén descontroladas.

En relación al embarazo, hay que destacar 3 puntos:

1. Aunque es poco frecuente, los **anticuerpos pueden pasar al feto** y provocar complicaciones. Esto puede ocurrir incluso aunque se haya curado la enfermedad previamente, por lo que las mujeres con enfermedad de Graves, necesitan un control

especial por parte de endocrino, ginecólogo y neonatólogo.

2. Si la **enfermedad está descontrolada pueden aparecer múltiples complicaciones** tanto maternas como fetales. Por otro lado, **el tratamiento farmacológico tiene riesgo** (aunque bajo) de malformaciones fetales y de problemas hepáticos en la madre. Por suerte, la Enf. de Graves suele ser fácil controlar durante el embarazo con dosis bajas de fármacos o incluso sin tratamiento. En la práctica habitual, se deben administrar cuando son necesarios ya que sería mayor el riesgo de no tratar la enfermedad si estuviera realmente descontrolada.
3. Cuando se trata la enfermedad en una mujer joven, hay que **considerar los pros y contra de cada opción de tratamiento** de cara a un embarazo futuro. Por ejemplo, si se realiza tratamiento con l131, no se podrá planificar un embarazo 6 meses después.

## Tiroiditis post-parto

Es una **inflamación del tiroides de la madre que aparece después del parto**. Está causada por anticuerpos y es más frecuente en mujeres con una enfermedad tiroidea previa o con antecedentes familiares de enfermedades tiroideas o de enfermedades autoinmunes.

**Es típico que se confunda con la depresión post-parto** ya que ambas provocan cansancio. Por tanto, siempre habría que descartar una tiroiditis en pacientes con depresión post-parto.

Suele aparecer de 1 a 3 meses después del parto. La evolución habitual es una **primera fase de hipertiroidismo leve** (exceso de hormona tiroidea) y una **segunda fase de hipotiroidismo** (falta de hormona). En caso necesario, se realiza tratamiento con betabloqueantes en la fase de hipertiroidismo y con levotiroxina (hormona tiroidea) en la fase de hipotiroidismo.

Por suerte, **hasta el 80% de los casos se curan de forma espontánea** en unos 9-12 meses. Aunque es probable que reaparezca en caso de nuevo embarazo.

## Nódulos tiroideos y cáncer tiroideo

Un nódulo tiroideo detectado durante el embarazo se debe **estudiar según los protocolos habituales**. La única excepción es que no se pueden realizar pruebas con radiación como una gammagrafía.

Los nódulos sospechosos **se puncionarán mediante PAAF**. En caso de detectarse un cáncer de tiroides deberá realizarse un seguimiento estrecho. Lo más destacable de este tipo de tumor, es que **la gran mayoría se comportan de forma poco agresiva** y por tanto aprovechamos esta característica conocida a nuestro favor.

Si detectamos un tumor maligno al principio del embarazo, se realizará un **seguimiento ecográfico**. Si crece o tiene signos de agresividad, se realizará cirugía preferiblemente durante el segundo trimestre de embarazo. Por el contrario, si se mantiene estable, se puede posponer el tratamiento quirúrgico hasta después del parto. Por supuesto, se trata de un tema delicado que **se debe valorar individualizando cada caso** y discutiendo a fondo los pros y contras entre médico y paciente.

## Tiroides y fertilidad

Tanto el hiper como el hipotiroidismo se asocian a problemas de fertilidad. Por suerte, existen tratamientos eficaces que mejoran los resultados.

En los casos leves, se debe valorar de forma individualizada la necesidad de tratamiento, sobre todo en los casos en los que se van a realizar técnicas de reproducción asistida.

## Tiroides y lactancia materna

Igual que durante el embarazo, las **necesidades de yodo también aumentan** durante la lactancia. Se recomienda seguir tomando suplementos, especialmente si se realiza lactancia materna exclusiva.

Por otro lado, **mujeres que padezcan un [hipotiroidismo](#), deben tomar el tratamiento hormonal habitual**, ya que si falta hormona se afectaría la producción de leche. Si ya se sigue tratamiento **con hormona tiroidea (lleva yodo), no son necesarios los suplementos de yodo**.

Por último, durante la lactancia, tampoco se pueden realizar pruebas con radiación con el uso de I131.

## ¿Qué es lo más importante que hay que tener en cuenta?

1. **Tomar suficiente cantidad de yodo**. Los suplementos deben empezarse por lo menos 3 meses antes del embarazo o en todo caso antes de la semana 10.

### Cantidad de yodo recomendada (ingesta total en mcg/ día)

Antes del embarazo	150
Durante el embarazo	220
Durante la lactancia	290

WHO (organización mundial de la salud). Cantidad fija  
Alimentos ricos en yodo

250

Pescado, Marisco, sal yodada, algas, lácteos, legumbres, arándanos, anacardos, brócoli

2. En caso de tener hipotiroidismo conocido, **planificar el embarazo y aumentar la dosis de tiroxina**

3. En caso de **Enf. de Graves, consultar siempre consejo al especialista.**

4. **Infórmate y aprende.** Averigua los antecedentes de tu familia para darle una mejor información al médico y consulta con el tus dudas.

## **Cribado universal ¿Hay que mirar siempre la función tiroidea antes del embarazo?**

Es un tema realmente complejo en el que influyen múltiples factores. No existe un claro consenso entre los expertos en la materia.

**En general, no se recomienda el cribado universal** de la función tiroidea, aunque sí se recomienda estudiar a las mujeres con alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Antecedentes de enfermedad tiroidea
- Presencia de bocio (tiroides grande) o anticuerpos contra el tiroides
- Antecedentes de radiación en cabeza o cuello o de cirugía tiroidea.
- Edad mayor de 30 años
- Antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 1 u otra enfermedad autoinmune
- Antecedentes de aborto, de parto prematuro o infertilidad
- Embarazo multiple previo
- Antecedentes familiares de alteración tiroidea o enfermedad autoinmune
- Obesidad mórbida (IMC > 40)
- Uso de fármacos que interfieren con el tiroides: litio, amiodarona, contraste yodado
- Áreas de déficit moderado severo de yodo.

## **Más información**

- [Guía para el manejo de enfermedades tiroideas en el embarazo y post-parto de la Asociación Americana de Tiroides](#) (en inglés)
- [Hipotiroidismo](#)
- [Hipertiroidismo](#)
- [PAAF de tiroides. Punción de nódulos tiroideos](#)