

## INFORME DEL CACDDI-FASEN

### YODODEFICIENCIA Y EMBARAZO

En el embarazo normal, la tiroides materna afronta una mayor demanda: debe incrementar su producción de tiroxina (T<sub>4</sub>) debido a 1) al aumento en los niveles de la globulina ligadora de tiroxina (TBG), 2) al pasaje de T<sub>4</sub> a través de la placenta con deiodinación a este nivel y 3) a la pérdida renal de yoduro por aumento del filtrado glomerular. La tiroides debe adaptarse a un nuevo equilibrio durante el embarazo, aumentando alrededor de un 50 % la producción de T<sub>4</sub>. A ello contribuye la acción tiroestimulante de la gonadotropina coriónica (HCG), cuyo pico de secreción se produce entre la 8<sup>a</sup> y 12<sup>a</sup> semana de gesta. Este nuevo equilibrio suele alcanzarse sin dificultad cuando la tiroides está indemne. Sin embargo, ésto no ocurre cuando la producción de la glándula se halla limitada, tal como se observa en presencia de tiroideopatías o en áreas con deficiencia de yodo moderada o severa.

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado una ingesta diaria de 200 microgramos de yodo para la mujer embarazada. En situaciones de yodo deficiencia, tanto la función tiroidea materna como la fetal pueden verse afectadas. En la madre puede originarse bocio e hipotiroxinemia. Esto último puede tener serias consecuencias ya que la T<sub>4</sub> materna es relevante para la maduración y el desarrollo cerebral fetal tanto en el primer trimestre, cuando el feto aún no produce su propia hormona tiroidea, como en el segundo trimestre, cuando el aporte materno es aún predominante.

La repercusión clínica sobre la descendencia dependerá de la severidad de la deficiencia de yodo: desde cretinismo neurológico en los casos más severos hasta leves alteraciones en el desarrollo neuro-psico-intelectual evaluados por tests de coeficiente de inteligencia (IQ) a diversas edades. Estas deficiencias en el IQ se han descrito incluso en áreas con adecuado aporte de yodo. Ello indicaría que, aún en zonas supuestamente yodosuficientes, debe hacerse un cuidadoso monitoreo de los embarazos ante las posibles variaciones individuales en el aporte de yodo. Aún en países considerados yodosuficientes, como EE.UU., se ha demostrado que un 15 % de mujeres en edad reproductiva y un 7 % de embarazadas tienen yodurias que corresponden a un moderado nivel de yododeficiencia para la población general.

En nuestro país no vemos cretinismo endémico, pero hay pocos estudios en relación a la yodosuficiencia en el embarazo y su impacto en la descendencia. ¿Es necesario hacer *screening* de función tiroidea o yoduria durante el embarazo? ¿Debe limitarse a grupos de riesgo? ¿Es suficiente una determinación de yoduria en muestra casual, debe expresarse por gramo de creatinina o realizarse en la recolección de 24 horas? ¿Cuál es la metodología más adecuada para la determinación de yodo urinario? ¿Debe suplementarse profilácticamente con yodo durante el embarazo o aún previo a la gestación a la población en edad fértil? En ese caso ¿cómo y cuándo? En próximos informes discutiremos más información acerca de los últimos consensos relacionados con estos aspectos.

Dra. María del Carmen Silva-Croome

Dr. Hugo Niepomniszcze

Coordinadores del CACDDI-FASEN