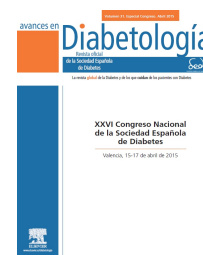




Avances en Diabetología



P-023. - HIPOTIROIDISMO AUTOINMUNE EN DIABETES MELLITUS TIPO 1 DURANTE LA GESTACIÓN

P. Moreno Moreno, R. Palomares Ortega, M.R. Alhambra Expósito y M.A. Gálvez Moreno

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

Introducción: La valoración de la función tiroidea en mujeres con diabetes mellitus tipo 1 (DM-1) antes y durante la gestación es recomendada. La prevalencia de hipotiroidismo autoinmune en mujeres con DM-1 gestantes descrita en la literatura es del 22,5%. El hipotiroidismo no tratado o infratratado reduce la fertilidad y, en caso de embarazo, aumenta el riesgo de abortos y malformaciones fetales, principalmente del desarrollo del cerebro fetal. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia y control del hipotiroidismo en DM-1 en el primer trimestre de gestación, y las complicaciones asociadas al hipotiroidismo no tratado o infratratado.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de gestantes con DM-1 (2004-2012). Variables analizadas: edad, índice de masa corporal (IMC), hipotiroidismo, HbA1c, TSH, anticuerpos antitiroideos, tratamiento, abortos y malformaciones fetales. Análisis estadístico (SPSS para Windows v. 19.0): t Student para la comparación de medias y chi cuadrado para la comparación de proporciones.

Resultados: 132 gestantes con DM-1. Edad $29,93 \pm 4,53$ años. IMC $25,77 \pm 5,09$ Kg/m². Hipotiroidismo pregestacional 18,2%, todas en tratamiento con levotiroxina. Abortos previos (autoinmunidad tiroidea positiva vs negativa): 22,2 vs 15,62%, $p = 0,37$. Embarazos no planificados: 67,4%. HbA1c (%): primer trimestre $7,19 \pm 1,03$; segundo trimestre $6,41 \pm 0,82$; tercer trimestre $6,59 \pm 0,76$. TSH en primer trimestre: $2,25 \pm 1,5$ mUI/ml, 78,8% con TSH adecuada (hipotiroidismo pregestacional: 50%). 14,8% autoinmunidad tiroidea positiva en pacientes sin disfunción tiroidea pregestacional, 13% TSH no adecuada en primer trimestre. Hipotiroidismo durante gestación: 24,24% vs 22,5% descrito ($p = 0,86$). Complicaciones maternas y neonatales (TSH adecuada vs TSH no adecuada): abortos 9,7% vs 4,1%, $p = 0,37$; cesárea 46,73% vs 50%, $p = 0,77$; malformaciones fetales 8,24% vs 4, $p = 0,46$.

Conclusiones: La prevalencia de hipotiroidismo en gestantes con DM-1 en nuestra serie es similar a la descrita en la literatura. Los abortos previos son similares en las pacientes con autoinmunidad negativa y positiva. La planificación de gestación es baja a pesar de la información proporcionada, y se asocia a hipotiroidismo no tratado o infratratado y a un control glucémico deficitario al inicio de la gestación. En nuestra serie, el infratratamiento del hipotiroidismo en el primer trimestre de gestación no se asocia a un aumento de abortos ni de malformaciones fetales.