



## 48 - HIPERTIROIDISMO EN LA GESTACIÓN: ESTUDIO DE FACTORES PREDICTORES DE HIPERTIROIDISMO GESTACIONAL RESPECTO A OTRAS ETIOLOGÍAS EN CONSULTA MONOGRÁFICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

*E. Vera Tuñón, S. Tenés Rodrigo<sup>1</sup>, N. Conejero Villanueva y J.F. Merino Torres*

*Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

### Resumen

**Introducción:** El hipertiroidismo durante la gestación es un reto diagnóstico debido a la similitud entre cuadros clínicos y la ausencia de marcadores específicos que ayuden al diagnóstico diferencial. Es crucial distinguir los casos de hipertiroidismo gestacional (HTG), benigno y autolimitado, respecto a otras entidades de peor evolución y repercusión materno-fetal.

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, con 110 pacientes sin antecedentes de patología tiroidea, diagnosticadas por primera vez de hipertiroidismo en la gestación; entre 2016-2021. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos registrados en la historia clínica, con los que se realizó análisis descriptivo, comparativo y curvas ROC. Para el análisis estadístico se empleó SPSS v.26.

**Resultados:** De las 110 pacientes, 93 son diagnosticadas de HTG, correspondiendo el hipertiroidismo en las 17 restantes a otras etiologías (14, enfermedad de Graves; 1, bocio multinodular; 1, nódulo tóxico; 1, mola hidatiforme). En el estudio comparativo entre grupos, orientan de forma estadísticamente significativa hacia un diagnóstico distinto al HTG, los siguientes parámetros: niveles elevados de T4L y T3L (p-valor 0,014 y 0,001), hipertiroidismo clínico analítico (p-valor < 0,001), presencia de sintomatología hipertiroidea (p-valor 0,008), positividad de TSI y/o TPO/ATG (p-valor < 0,001), presencia de bocio y/o nódulos (p-valor 0,004). Mediante el análisis de curvas ROC se establece el punto de corte de los niveles iniciales de TSH: un valor de TSH inicial  $\leq$  0,0125 mU/L orienta hacia un diagnóstico diferente al HTG con una sensibilidad y especificidad del 78,5% y 70,6%, respectivamente (AUC = 0,778).

**Conclusiones:** Cuando la TSH es indetectable hay que plantear opciones diagnósticas alternativas al HTG, sobre todo si se asocia a otros parámetros (aumento de T4L y T3L, hipertiroidismo clínico y/o analítico, anticuerpos tiroideos, bocio y/o nódulos).