

Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Tiroidea Durante el Embarazo y el Posparto: Directrices Revisadas de la Asociación Coreana de Tiroides de 2023

Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and Postpartum: 2023 Revised Korean Thyroid Association Guidelines

Hwa Young Ahn¹, Ka Hee Yi².

¹ Department of Internal Medicine, Chung-Ang University College of Medicine;

² Department of Internal Medicine, Seoul Metropolitan Government Seoul National University Boramae Medical Center, Seoul, Korea

Endocrinol Metab 2023;38:289-294

ABSTRACT

Thyroid hormone plays a critical role in fetal growth and development, and thyroid dysfunction during pregnancy is associated with several adverse outcomes, such as miscarriage and preterm birth. In this review, we introduce and explain three major changes in the revised Korean Thyroid Association (KTA) guidelines for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy: first, the normal range of thyroid-stimulating hormone (TSH) during pregnancy; second, the treatment of subclinical hypothyroidism; and third, the management of euthyroid pregnant women with positive thyroid autoantibodies. The revised KTA guidelines adopt 4.0 mIU/L as the upper limit of TSH in the first trimester. A TSH level between 4.0 and 10.0 mIU/L, combined with free thyroxine (T₄) within the normal range, is defined as subclinical hypothyroidism, and a TSH level over 10 mIU/L is defined as overt hypothyroidism regardless of the free T₄ level. Levothyroxine treatment is recommended when the TSH level is higher than 4 mIU/L in subclinical hypothyroidism, regardless of thyroid peroxidase antibody positivity. However, thyroid hormone therapy to prevent miscarriage is not recommended in thyroid autoantibody-positive women with normal thyroid function.

Keywords: Pregnancy; Hypothyroidism; Anti-thyroid autoantibodies

RESUMEN

La hormona tiroidea desempeña un papel fundamental en el crecimiento y desarrollo fetal, y la disfunción tiroidea durante el embarazo se asocia con varios resultados adversos, como el aborto espontáneo y el parto prematuro. En esta revisión, presentamos y explicamos tres cambios importantes en las directrices revisadas de la Asociación Coreana de Tiroides (KTA) para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tiroidea durante el embarazo: en primer lugar, el rango normal de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) durante el embarazo; segundo, el tratamiento del hipotiroidismo subclínico; y tercero, el manejo de mujeres embarazadas eutiroides con autoanticuerpos tiroideos positivos. Las directrices revisadas de la KTA adoptan 4,0 mUI/L como límite superior de TSH en el primer trimestre. Un nivel de TSH entre 4,0 y 10,0 mUI/L, combinado con tiroxina libre (T₄) dentro del rango normal, se define como hipotiroidismo subclínico, y un nivel de TSH superior a 10 mUI/L se define como hipotiroidismo manifiesto, independientemente del nivel de T₄ libre. El tratamiento con levotiroxina se recomienda cuando el nivel de TSH es superior a 4 mUI/L en el hipotiroidismo subclínico, independientemente de la positividad de anticuerpos contra la peroxidasa tiroidea. Sin embargo, no se recomienda la terapia con hormonas tiroideas para prevenir el aborto espontáneo en mujeres con autoanticuerpos tiroideos positivos y función tiroidea normal.

Palabras clave: Embarazo; Hipotiroidismo; Autoanticuerpos antitiroideos



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.