

# Hipertiroidismo neonatal



Ana Isabel Sáez Sáez (Rotatorio Pediatría)  
Tutora: Dra. Caridad Tapia Collados (Neonatología)

# Anamnesis

♂ RNT (38 + 5 sg) AEG (3285gr) ingresa al nacimiento por ser hijo de madre con hipertiroidismo autoinmune primario

## Antecedentes

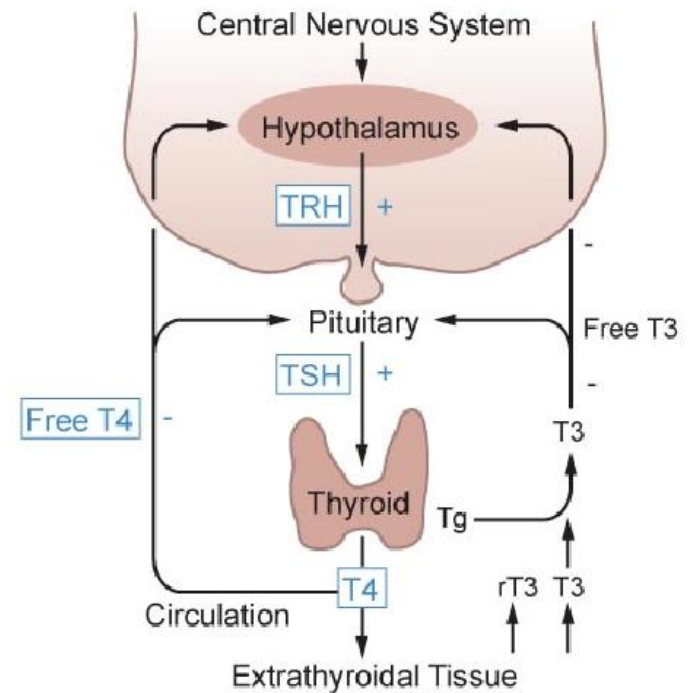
**Madre:** Enfermedad de Graves iniciado durante la gestación (sem. 24) en tratamiento con metimazol

Último control analítico: Ac antiTSHr >20 UI/L TSH<0,03 mU/L T4L 0,8 ng/dL Ac AntiRo positivos

**Feto:** Criterios ecográficos de bocio, tamaño de tiroides >P95

# Hipertiroidismo neonatal

- ♀ = ♂
- 1/25.000
- Transitoria
- Etiología: Efecto TSH-like
  - Transferencia placentaria de autoanticuerpos
- Factores de riesgo:
  - Ac. anti-TSHr en el 3er trimestre
  - La actividad de la enfermedad durante la gestación
  - El antecedente de radioyodo



# Hipertiroidismo neonatal

- Grave y potencialmente letal sin tratamiento
- Manifestaciones clínicas
  - Fetales: taquicardia fetal, bocio, CIR
  - Neonatales (7-10ddv):
    - Bocio
    - Taquicardia
    - HTA
    - IC
    - Prematuridad
    - Vómitos, diarrea
    - Escasa ganancia ponderal, pérdida de peso
    - Ictericia
    - Rubor
    - Hepatomegalia y esplenomegalia
    - Irritabilidad, hiperexcitabilidad, temblor
    - Mirada fija, retracción palpebral, proptosis
    - Trombocitopenia
    - Hipertermia

# Diagnóstico

- Muestras de cordón: Ac antiTSHr
  - Si negativo, descarta el riesgo de hipertiroidismo
- Hormonas tiroideas (3-5 ddv): TSH, T4L, Ac anti-TSHr

# Tratamiento

- Individualizar
- No está claro en el hipertiroidismo bioquímico sin sintomatología clínica
- La lactancia materna no está contraindicada

# TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO NEONATAL

## MEDIDAS GENERALES

- Antitérmicos, reposición hidroelectrolítica, glucosa

## INHIBIR LA SÍNTESIS DE HORMONAS TIROIDEAS

- Propiltiouracilo 5-10 mg/kg/día, en 3 dosis
- Metimazol 0,5-1,0 mg/kg/día, en 3 dosis

## BLOQUEAR LA LIBERACIÓN DE HORMONAS TIROIDEAS

- Administración de yodo:
  - Solución de Lugol 1-3 gotas/8 horas (1 gota = 8 mg)
  - Ipodato sódico: 0,5 g/12 horas
  - Yoduro sódico: 0,250 g/6 horas

## INHIBIR LOS EFECTOS ADRENÉRGICOS DE LAS HORMONAS TIROIDEAS

- Betabloqueantes:
  - Propranolol 2 mg/kg/día
  - Bloqueantes selectivos beta-1

## INHIBIR LA CONVERSIÓN PERIFÉRICA DE T4 A T3

- Glucocorticoides, propranolol, propiltiouracilo, contrastes yodados
  - Dexametasona 0,1 mg/kg/4 horas

## REDUCIR LOS NIVELES CIRCULANTES DE HORMONAS TIROIDEAS (CASOS GRAVES)

- Plasmaféresis, diálisis, hemoperfusión

# Pronóstico

- La vida media de los autoanticuerpos maternos en el neonato es de aproximadamente 12 días, aunque el estímulo tiroideo puede durar hasta 12 semanas
- Si la evolución es buena se puede ir disminuyendo progresivamente la medicación, pudiendo suspenderse, generalmente, a las 4-8 semanas
- A las 48 semanas de vida, prácticamente todos los pacientes han alcanzado la remisión completa

# Pruebas Complementarias

	TSH (mU/L)	T4 libre (ng/dL)	Ac Anti-TSHr (UI/L)
Cordón	6.8	1	17.4
4ddv	6.23	2.4	19
7ddv	0.18	2.9	
12ddv	0.06 ↓	3.8 ↑	

## Evolución

Durante su estancia permanece asintomático, con constantes estables excepto episodios de segundos de duración de taquicardia aislada

Tolerancia oral adecuada y curva ponderoestatural en ascenso



# Bibliografía

- Clemente-León M. Hipertiroidismo en el embarazo. Recién nacido hijo de madre con Enfermedad de Graves. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2014;5 Supl(2):35-40
- Iglesias-Fernández C, Rodríguez-Arno MD. Hipertiroidismo. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2011;1:129-40
- Lalaguna-Mallada P, Perales-Martinez J, Congost-Marín S, Odriozola M, Vara-Callau M, Conde-Barreiro S et al. Hipertiroidismo neonatal. Rev Esp Endocrinol Pediatr. 2015;6:89-94
- Leger J, Claude J. Hyperthyroidism in Childhood: Causes, When and How to Treat. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2013 Mar; 5 (Supl 1): 50–56.
- El Baba KA, Azra ST. Thyroid dysfunction in pregnancy. Int J Gen Med. 2012;5:227-30