

Bocio neonatal hipotiroideo por ingesta materna de propiltiouracilo

*Patricia Oliva Pérez
Unidad de Endocrinología Infantil
Servicio de Pediatría
C.H. Torrecárdenas. Almería*

Etiología del bocio neonatal hipotiroideo:

- Paso transplacentario de autoanticuerpos maternos:
 - ac bloqueantes del receptor de TSH (E. Graves)
 - ac antitiroideos (E. Hashimoto)
- Ingestión materna de fármacos antitiroideos y otros bociógenos (fármacos ricos en yodo: expectorantes, desinfectantes, contrastes radiológicos, etc); uso de antisépticos yodados en el recién nacido.
- Déficit materno de yodo
- Inmadurez de la glándula tiroidea (pretérminos y bajo peso)
- Dishormonogénesis

CASO CLÍNICO

- RN pretérmino de 36 semanas de EG de peso y longitud acordes.
- Parto vaginal eutócico inducido por polihidramnios severo.
- Neonatal inmediato: Apgar 8/9.
Distrés respiratorio inmediato al nacimiento
Bocio compresivo
- Laboratorio: TSH >200 UI/ml; T4 libre: 0,48 ng/dl.
Anticuerpos antiroideos y TSI negativos.

CASO CLÍNICO



- **Antecedentes obstétricos:**

hipertiroidismo materno detectado a las 15 semanas de EG en contexto clínico de pérdida de peso (5kg) y cambios de carácter (irritabilidad) asociados a:

TSH: 0,006 U/ml y T4 libre: 1,48 ng/dl.

Ac antiroideos y TSI negativos.

Ecografía: bocio multinodular.

Tratamiento con propiltiuracilo desde la semana 16 a dosis de 300 mg/día; con buena evolución clínica y normalización analítica.

Ecografías prenatales normales.

CASO CLÍNICO

- Ecografía tiroidea: marcado aumento de tiroides, predominio del lóbulo derecho, que mide 1,76 x 1,4 x 3,4 cm, con aumento de la vascularización; el lóbulo izquierdo mide 1,7 x 1,8 x 3,2 cm con ligera ecogenicidad y aumento de la vascularización.
- ⇒ Se inicia tratamiento sustitutivo con levotiroxina a dosis de 25 mcgr/día (10 mcgr/kg/día) con rápida disminución del tamaño del bocio y normalización analítica progresiva.

CASO CLÍNICO

■ Evolución:

» 3º día de vida: TSH: 15,92 UI/ml. T4L: 2,14 ng/ml.

» 9º día de vida: TSH: 7,17 UI/ml. T4L: 1,51 ng/ml.
Se disminuye dosis a 12,5 mcgr/día.

» 40 días de vida: TSH: 6,68 UI/ml. T4L: 1,81 ng/ml.
Se retira tratamiento sustitutivo.

» 2 meses de vida: TSH: 0,92 UI/ml. T4L: 1,44 ng/dl.

Normalidad clínica y analítica hasta el momento actual (4 años).
Bocio residual eutiroideo hasta los 3 años.

DISCUSIÓN

- El hipertiroidismo materno conlleva el riesgo de un amplio espectro de anomalías en la función tiroidea del neonato.
- El caso obedece al efecto antitiroideo del propiltiouracilo que, a diferencia de la T3, T4 libre y TSH maternas, atraviesa fácilmente la placenta.
- Probablemente la facilidad con que se gestó un bocio hipotiroideo fetal se debió a que la madre no presentaba anticuerpos positivos y, por tanto, no había factores, como la estimulación inmunológica de los receptores tiroideos fetales, que compensaran el efecto inhibitorio del antitiroideo.
- El tratamiento sustitutivo con levotiroxina fue necesario mientras se mantuvo el antitiroideo en sangre del recién nacido, hasta normalización de función tiroidea (evitar alteraciones neurológicas irreversibles)