

ENFERMEDAD DE GRAVES NEONATAL

I. Vera Arlegui; C. Azcona San Julián; V. Alzina de Aguilar
Departamento de Endocrinología Infantil y neonatología.
Clínica Universitaria de Navarra

Caso clínico

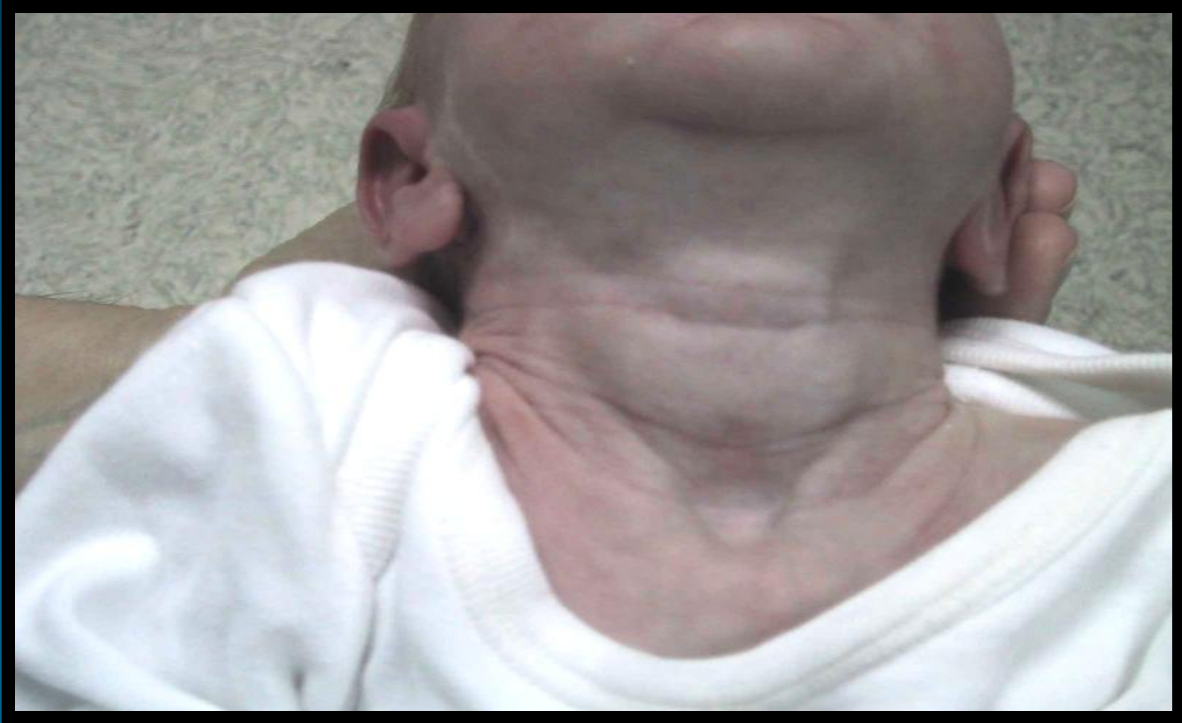
- Recién nacida de 35 semanas + 4 días de EG,
- Taquicardia fetal en RCT (200 lpm)
- Parto vaginal instrumentado.
- PRN=1850 g (p10), LRN=46 cm (p10), PC=30,8 cm (p50)
- Apgar 8/8/10.

Antecedentes familiares

- Madre 32 años, secundigesta.
 - **ENFERMEDAD DE GRAVES** a los 23 años.
 - Tiroidectomía a los 26 años
 - Hipotiroidismo: tto levotiroxina (eutiroidea)
 - TSH-R Abs previo al embarazo 25,6 UI/l (VN < 14 UI/l).
- Tras el parto: 58 UI/l
- Embarazo anterior sin incidencias

Exploración física

- BEG, tono y reactividad adecuados
- FA: normotensa. **Exoftalmos bilateral.**
- Se palpa **bocio** grado 2 de consistencia blanda.
- ACP: **taquicardia a 190 lpm.**
- Sat. O₂: 94% con **FiO₂ 35%.**
- Abdomen normal. No megalias
- Genitales femeninos normales.



Clínica

- **Distrés** respiratorio del recién nacido
- **Ictericia** neonatal precoz tratada con fototerapia y fenobarbital
- Cuadro de **tirototoxicosis**:
 - hiperexcitabilidad
 - diarrea
 - taquicardia
 - avidez por las tomas.
 - dificultad en la ganancia de peso

Pruebas complementarias

- T4L: 40,89 pmol/L (11-20 pmol/L)
- T3L: 3,06 pmol/L (2,3-6,1 pmol/L)
- TSH: <0,05 μ U/mL (0,55-7,1 μ U/mL)
- TSH-R Abs: 24,30 μ U/mL (<14 μ U/mL)
- Anticuerpos antiTPO: negativos
- Anticuerpos antitiroglobulina: negativos
- Eco tiroidea: aumento del tamaño y de la vascularización glandular, parénquima homogéneo

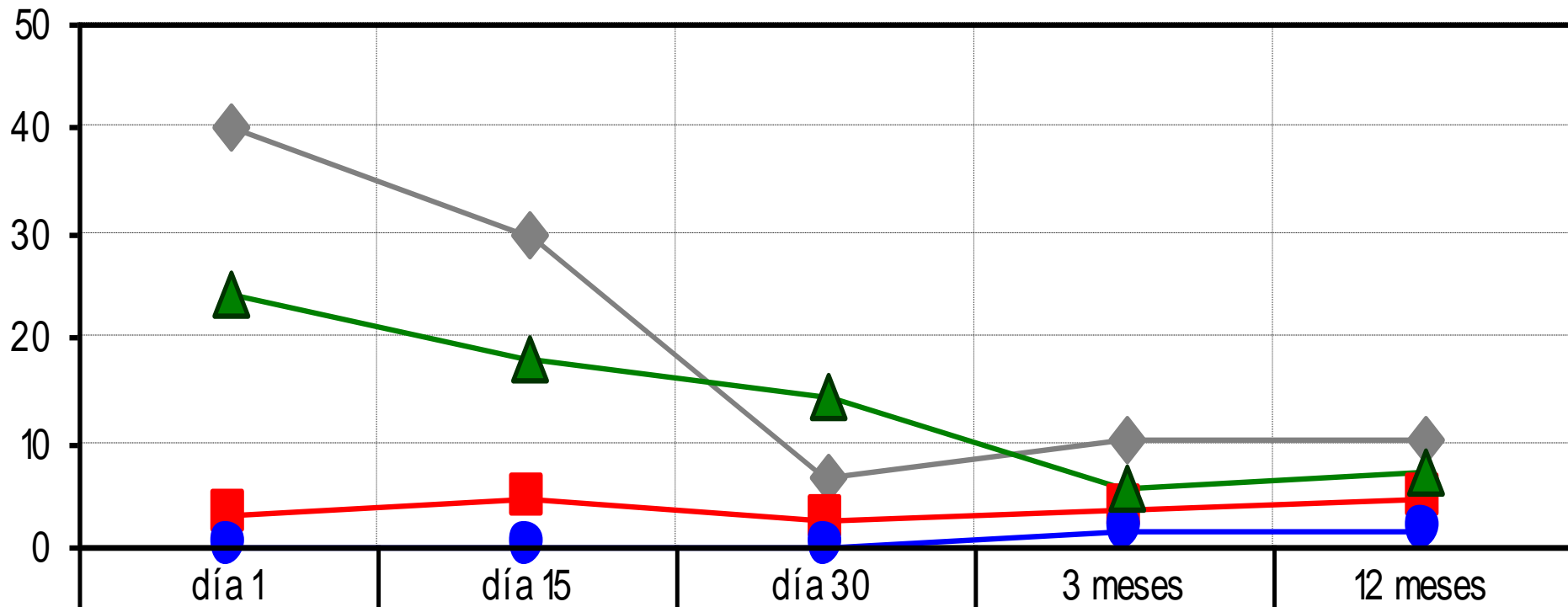
Tratamiento

- **Propranolol**: 2mg/kg/día durante 3 días.
- **Solución de Lugol** (5% KI 8 mg yodo gota) 1 gota/8h durante 5 días
- **Propiltiouracilo**: 6 mg/kg/día durante 1 mes

Evolución

- **Disminución del exoftalmos**
- **Buen desarrollo psicomotor**

- **Adecuada ganancia ponderal**
- **Desaparición del bocio,**



—◆— T4L	40	30	6,5	10,2	10,1
—■— T3L	3	4,5	2,5	3,8	4,4
—●— TSH	0	0	0	1,3	1,7
—▲— TSHR-Abs	24,3	18	14,5	5,6	7

T4L: 11-20 pmol/L; T3L: 2,3-6,1 pmol/L; TSH: 0,55-7,1 μ U/mL; TSHR-Abs: 0-14 μ U/mL

Introducción

- Hipertiroidismo en gestantes: 1%. \Rightarrow 85% EG
- Puede pasar desapercibido o incluso mejorar con la gestación
- La producción de TSH-R Abs persiste después del tratamiento.
- 1% de RN de madre con EG \Rightarrow HN
- **Causas de HN:**
 - Paso transplacentario de TSH-R Abs ⁵
 - Mutación del receptor de TSH

Manifestaciones clínicas

➤ Prematuridad

➤ Bajo peso

➤ Abortos

➤ Oftalmopatía

➤ Bocio

➤ Irritabilidad

➤ Temblor

➤ Piel caliente y sudorosa.

➤ Taquicardia

➤ Insuficiencia cardiaca

➤ HTA

➤ HTTP

➤ Escasa ganancia ponderal

➤ Diarrea

➤ Vómitos

➤ Hepatoesplenomegalia

➤ Ictericia

➤ **Factores de riesgo maternos.**

➤ Duración de la enfermedad de Graves de la madre

➤ Título de TSH-R Abs (aunque tiroidectomizada)²

➤ **Morbimortalidad**

➤ Malformaciones congénitas: cardiopatías, anencefalia, imperforación anal, labio leporino ⁶

➤ Secuelas: craneosinostosis, deterioro intelectual

➤ Remisión en 20 - 48 semanas

➤ Mortalidad 16%

Diagnóstico

- Elevación de T4 libre y T3 libre
- Disminución de TSH
- Elevación de TSH-R Abs.

Tratamiento

- **Bloquear liberación de H. Tiroideas** (Yodo, contrastes yodados).
- **Inhibir la síntesis de H. Tiroideas** (antitiroideos):
 - Carbimazol, metimazol y propiltiouracilo
- **Inhibir la conversión periférica de T4 a T3:**
 - glucocorticoides, propranolol, propiltiouracilo, contrastes yodados
- **Inhibir los efectos adrenérgicos de las H. tiroideas:**
betabloqueantes
- **Reducir los niveles circulantes de hormonas tiroideas** (casos graves)

Recomendaciones

- Madre con enfermedad de Graves ³:
 - mantener eutiroidismo o ligero hipertiroidismo ³
 - control niveles de TSH-R Abs
 - control crecimiento fetal, frecuencia cardiaca fetal, existencia de bocio

- Ante aumento de TSH-R Abs ⁴
 - tratamiento de la madre con **antitiroideos.**

- RN: T3L, T4L, TSH y TSH-R Abs

Bibliografía

1. *Hipertiroidismo neonatal. F. Romero Narbona et al. An Esp Pediatr 2000; 52: 185-188.*
2. *Neonatal hyperthyroidism in infants of mothers previously thyroidectomized due to Graves' disease. MV Borrás-Pérez et al. J Pediatr Endocrinol Metab 2001; 14:1169-1172.*
3. *Risk factors for developmental disorders in infants born to women with Graves disease. Nobuaki et al. Obstetrics and Gynecology 1992; 80: 359-64.*
4. *Fetal and neonatal Hyperthyroidism. Zimmerman D. Thyroid 1999;9(7):727-33.*
5. *Hyperthyroidism in early infancy: pathogenesis, clinical features and diagnosis with focus on neonatal hyperthyroidism. Polak M. Thyroid 1998;8(12):1171-7.*
6. *Management of hyperthyroidism and hypothyroidism in the pregnant woman. Elio Roti et al. JCEM 1996; 81(5):1679-82.*