



HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO ¿TRANSITORIO?

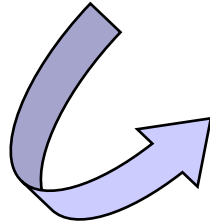
**XV CURSO de Postgrado de la SEEP.
ACTUALIZACIONES EN ENDOCRINOLOGÍA PERINATAL.**

Albacete, 20 y 21 de Marzo de 2009.

Dra. A. Blanco Barrio.
Complejo Asistencial de Burgos.

CASO CLÍNICO.

- RN hembra de **24 días** de vida. Peso: 3350 gr.
- Screening neonatal → niveles de TSH $>50\mu\text{U/ml}$.



Ingresa para estudio

Posible
HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

ANTECEDENTES DE INTERÉS...

■ A.P.

- **Gestación:** diabetes gestacional → tto insulino terapia.
Tratamiento 2º trimestre con Paroxetina.
- **Parto:** eutócico, a término. Peso RN: 3265 gr.
- **Periodo neonatal:** ingreso en Neonatos por SDR → O2 durante 6 horas.
soplo en maquinaria → DAP transitorio.
Alta a los 3 días de vida.

■ A.F.

- Prima rama materna con hipotiroidismo subclínico.

DATOS CLÍNICOS.

- Ictericia.
- Hernia umbilical.
- Estreñimiento.
- Llanto/voz ronca → disfonía.
- Fontanela posterior abierta.
- Facies típica.

TEST DE LETARTE
6,5 puntos



Sospecha de
**HIPOTIROIDISMO
CONGÉNITO**

Problemas alimentación	1
Estreñimiento	1
Inactividad	1
Hipotonía	1
Hernia umbilical	1
Macroglosia	1
Cutis marmorata	1
Piel seca	1,5
Fontanela posterior > 5 mm²	1,5
Facies típica	3

Otros:
Cornaje nasal
Ictericia
Somnolencia
Llanto ronco

Índice de Letarte **13**
Sugestivo hipotiroidismo: > 4 puntos.

DATOS ANALÍTICOS.

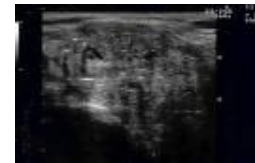
		<u>niveles normales</u>
TSH	100 μU/ml	(0,3-5 μ U/ml)
T4I	0,1 ng/ml	(0,9-1,7 ng/ml)
Tiroglobulina	1ng/ml	(0-5 ng/ml)
Ac. Antitiroglobulina		negativos
Ac. Antiperoxidasa		negativos
TBII		negativos

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

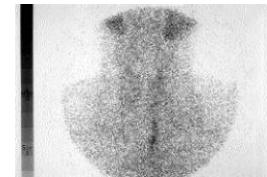
■ ECOGRAFÍA DE TIROIDES Y CUELLO.

- Tiroides de tamaño, morfología y localización normal.



■ Gammagrafía tiroidea.

- Ausencia de captación de tejido tiroideo funcional.



■ Rx. Rodilla.

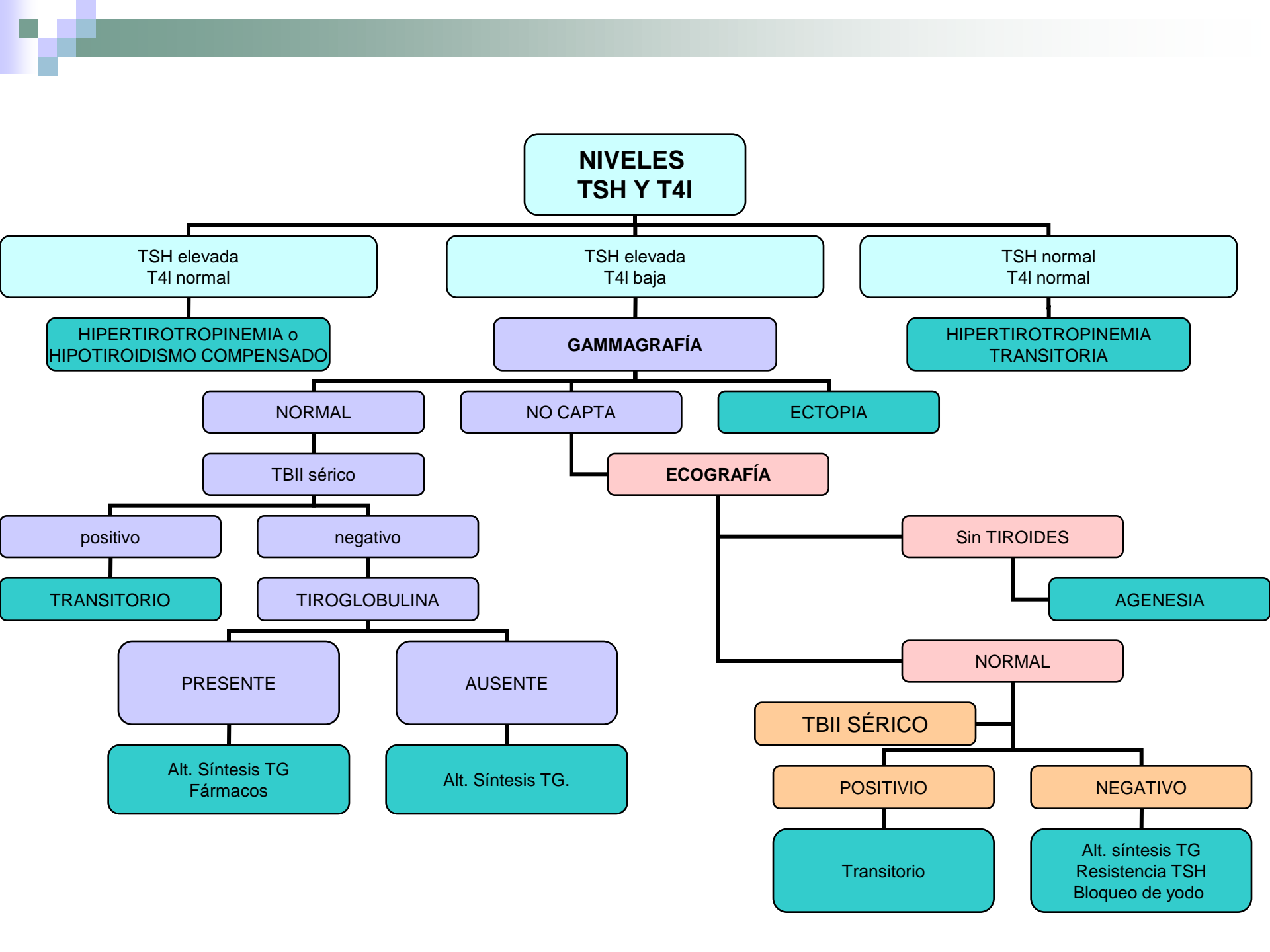
- Ausencia de núcleos de osificación.

**HIPOTIROIDISMO
CONGÉNITO POR
DISHORMONOGENESIS**



**TTO L-TIROXINA
12 μ G/Kg/día**

(Eutirox 1½ comp/día de 25 μ g.)



NIVELES TSH Y T4I

TSH elevada
T4I normal

HIPERTIROTROPINEMIA o
HIPOTIROIDISMO COMPENSADO

TSH elevada
T4I baja

GAMMAGRAFÍA

NORMAL

TBII sérico

positivo

TRANSITORIO

negativo

TIROGLOBULINA

PRESENTE

Alt. Síntesis TG
Fármacos

AUSENTE

Alt. Síntesis TG.

TSH normal
T4I normal

HIPERTIROTROPINEMIA
TRANSITORIA

NO CAPTA

ECOGRAFÍA

ECTOPIA

Sin TIROIDES

AGENESIA

NORMAL

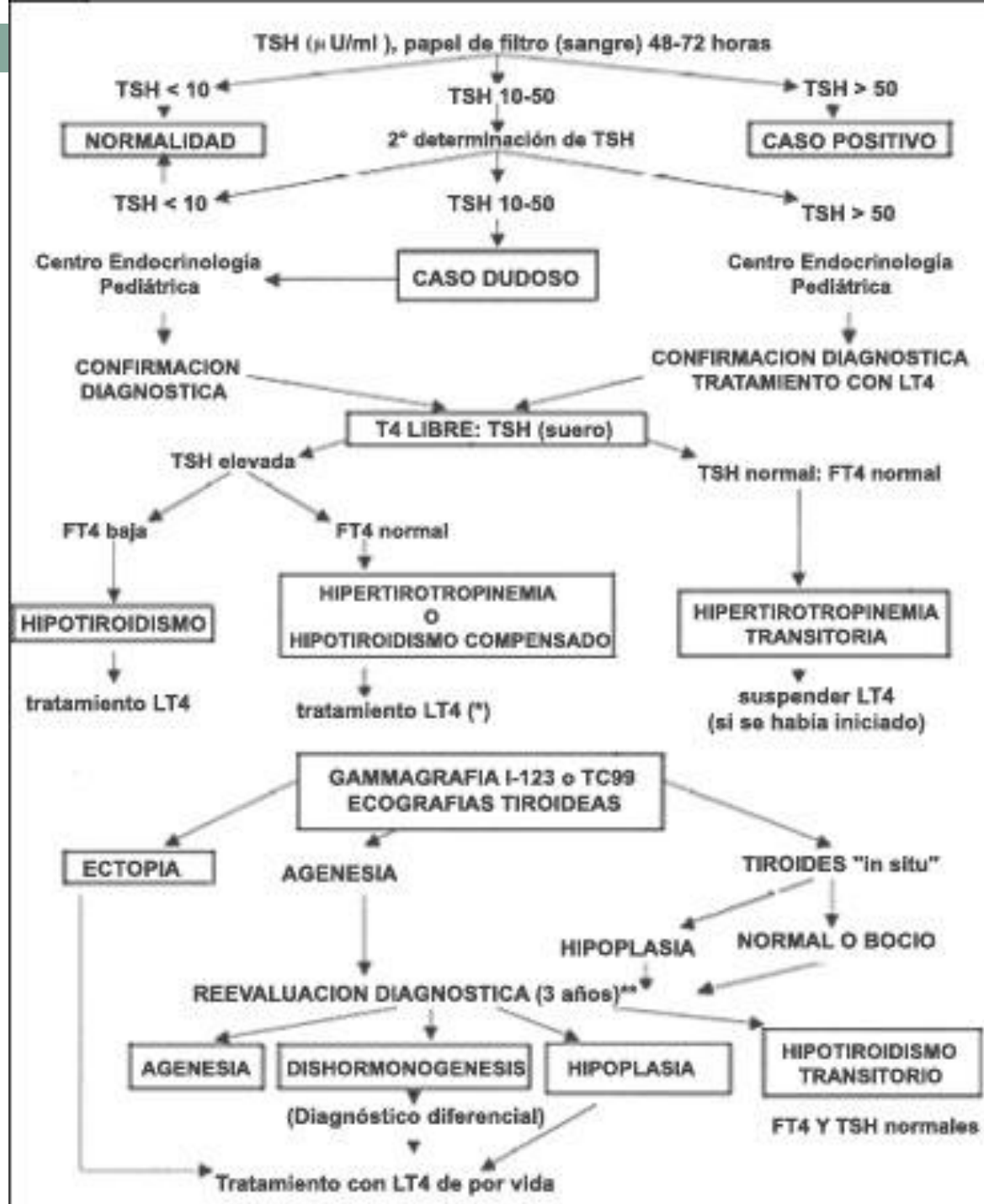
TBII SÉRICO

POSITIVO

Transitorio

NEGATIVO

Alt. síntesis TG
Resistencia TSH
Bloqueo de yodo



EVOLUCIÓN....

MESES	TSH	T4I	TTO/día
2 ½	0,99	2,3	25µg
4 ½	0,69	1,7	25µg
6 ½	0,37	1,4	25µg
9	2,53	1,8	25µg
11	10,72	1,4	37,5µg
13	0,15	2	25µg

Mayor peso / tiempo → menor necesidad dosis (<µg/Kg/día)

COMENTARIOS / CRÍTICAS...

- **Tratamiento en la gestación con insulina / paroxetina** → no relación.
- **Screening metabólico tardío** → recomendación: 48-72hs de vida.
 - 6º día de vida.
- **Estudios diagnósticos recomendados ante la dishormonogénesis:**
 - Captación de I-123.
 - Test de descarga de perclorato.
 - TSH de bioensayo / TSH in vitro.
 - Yodo en saliva / orina.
 - Yodohistidinas en orina.
 - Estudio del DNA: genes de receptor de TSH, de la tiroglobulina, del NIS y del PDS.
 - Limitaciones en Hospital de origen → premura de inicio del tratamiento.

SEGUIMIENTO

- Reevaluación a los **3 años** de vida: posibles dudas diagnósticas...
 - **HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO TRANSITORIO?**
 - Paso de TBII transplacentario → gammagrafía “simula” agenesia.
 - Dishormonogénesis?

 - **HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO PERMANENTE?**
 - Niveles de TSH $>10 \mu\text{U/ml}$ en control analítico en >1 año.

- **Controles periódicos:**
 - Analíticos.
 - Clínicos.
 - Psicológicos /desarrollo psicomotor.
 - Maduración ósea.