

Guías Nacionales de Neonatología

Ministerio de Salud - Chile

2005

TRASTORNOS TIROIDEOS

HIJO DE MADRE CON PATOLOGÍA TIROIDEA

- **Madre hipertiroidea**
 - **Con Basedow Graves: Riesgo de hipertiroidismo neonatal por inmunoglobulinas tiroestimulantes (TRAb).**
 - **Riesgo de hipotiroidismo transitorio por efecto de drogas antitiroideas (propiltiouracilo).**
 - **Riesgo de RCIU, bradicardia fetal y de hipoglicemia secundario a tratamiento materno con propanolol.**
- **Madre hipotiroidea**
 - **Descartar que la madre no sea Enfermedad de Basedow Graves tratada**
 - **Riesgo de hipotiroidismo transitorio por inmunoglobulinas bloqueadoras del tiroides o por anticuerpos inhibidores de TSH.**
- **Controlar T3, T4, TSH en todo hijo de madre con hipertiroidismo, actual o tratado y con hipotiroidismo si se sospecha enfermedad por anticuerpos inhibidores de TSH.**

PATOLOGÍA NEONATAL TIROIDEA

GRAVES BASEDOW EN EL RECIEN NACIDO

- **Producido por el paso transplacentario de anticuerpos antirreceptor TSH (TRAb) desde una madre afectada.**
- **Los TRAb estimulan la función y el crecimiento de la glándula tiroides en la vida fetal y post natal, produciendo un estado de tirotoxicosis.**
- **El estado clínico de la madre no es predictivo de la presentación clínica en el recién nacido. La madre puede haber sido tratada con tiroidectomía y estar con terapia de reemplazo con hormona tiroidea en la actualidad.**

Manifestaciones clínicas:

- **Retardo de crecimiento intrauterino.**
- **Inicio entre las 24 horas y las 6 semanas de vida.**
- **Bocio.**
- **Taquicardia.**
- **Hipertensión arterial.**
- **Disminución de la ganancia de peso.**
- **Piel caliente y rubicunda.**
- **Fiebre.**
- **Irritabilidad.**
- **Signos oculares.**
- **Edad ósea mayor que edad real en radiografías.**

Diagnóstico:

- **Antecedentes de madre con Basedow Graves actual o tratado.**
- **TSH indetectable.**
- **T3 y T4 elevadas.**
- **TRAb elevado.**
- **Edad ósea aumentada.**

Tratamiento:

- **Drogas antitiroideas: Propiltiouracilo 5-10 mg/Kg en 3 dosis.**
- **Lugol 1 gota cada 8 horas.**
- **β-Bloqueador: Propranolol 1-2 mg/Kg en 3 dosis.**
- **En caso de falla cardíaca: suspender propranolol, uso de digitálicos y prednisona.**
- **Medidas generales: temperatura, ambiente tranquilo, sedación, oxígeno, balance hídrico, cabeza en leve extensión.**
- **Monitoreo: Hormonas tiroideas, TRAb, tamaño del Bocio.**

HIPOTIROIDISMO CONGENITO

- **Enfermedad endocrina frecuente producida por una falla en la secreción de hormona tiroidea presente desde el nacimiento.**
- **Produce efectos devastadores sobre el crecimiento y desarrollo.**
- **Es una de las pocas causas de retraso mental que puede ser prevenido si es diagnosticado y tratado oportunamente.**
- **Frecuencia: 1x 3000 a 1x 4000 nacidos vivos.**

Causas de Hipotiroidismo congénito:

- **A) Primario:(90%) Hipotiroidismo primario: Detectado por programa**
 - **Disgenesias tiroideas**
 - **Agenesia**
 - **Hipoplasia**
 - **Tiroides ectópicos**
 - **Dishormonogénesis**
 - **Carencia de Yodo (cretinismo endémico)**
 - **Resistencia tiroidea a TSH**
- **B) Secundario: deficiencias de TSH (5%) no detectado por programa**
 - **Permanente:**
 - **Defecto línea media.**
 - **Asociado a hipopituitarismo (déficit hormonal múltiple: TSH-ACTH-GT.)**
 - **Pueden presentar signos de insuficiencia suprarrenal e hipogonadismo.**
 - **Transitorio:**
 - **Propio recién nacido prematuro de extremo bajo peso.**
 - **Secundario a frenación eje por Anticuerpos inhibidores TSH.**
- **C) Terciario: deficiencia de TRH (5%)**
- **D) Otros:**
 - **Drogas antitiroideas en el embarazo**
 - **Traspaso de anticuerpos maternos**

Manifestaciones clínicas:

- **Embarazo prolongado.**
- **RN grande para edad gestacional.**
- **Hipoactividad.**
- **Llanto ronco.**
- **Hipotermia.**
- **Dificultad para alimentarse.**
- **Retraso en la eliminación de meconio.**
- **Piel fría, palidez amarillenta, aspecto marmóreo.**
- **Ictericia prolongada.**
- **Bradycardia.**
- **Facie tosca, macroglosia, narinas antevertidas.**
- **Fontanelas amplias.**
- **Puede haber bocio.**
- **Abdomen distendido.**
- **Hernia umbilical.**

Diagnóstico:

- **Hipotiroidismo congénito:**
 - Anamnesis.
 - Examen físico.
 - Programa de detección precoz de hipotiroidismo congénito.
 - TSH neonatal > 20 m UI/L.
 - Confirmación en suero con TSH y T4
 - TSH > 10 mUI/L.
 - T4 < 10 µg/dl.
 - Tiroglobulina.
 - Cintigrafía tiroidea con Tc 99.
 - Edad ósea.
- **Hipotiroidismo secundario:**
 - TSH bajo o normal.
 - T4-T3 bajos.
 - Confirmar con T4 libre.

Tratamiento:

- En hipotiroidismo transitorio del recién nacido pretérmino generalmente no se trata salvo que T4 libre esté francamente disminuído.
- Levotiroxina sódica 10 - 15 µg/kg/día.
- Mantener niveles T4 en 10 - 16 µg/dl.

Seguimiento:

- Clínico.
- Hormonas tiroideas.
- Edad ósea.
- Neurológico.
- Psicometría.

BIBLIOGRAFIA:

1. Deming M. Trastornos tiroideos. En Cloherty J.: Manual de cuidados neonatales. Ed. Masson. 3° ed. 1999, 24-31.
2. Polk D., Fisher D. Trastornos de la glándula tiroides. En Taeusch W., Ballard R. Tratado de Neonatología de Avery. 7° ed. Ed. Harcourt. 2000. 1224-1234.