



X Jornada Científica de Residentes

Hipertiroidismo neonatal. A propósito de un caso

AUTORAS: DRA. DIANA DE LA C. GÓMEZ GONZÁLEZ.
DRA. LOHENDY PONCE FERNÁNDEZ

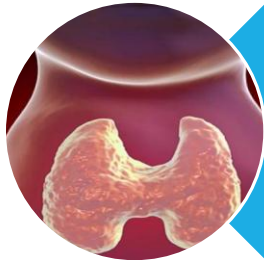
TUTORAS: DR. C. LISETTE LEAL CURÍ
DRA. CECILIA PÉREZ GESEN

LA HABANA , 2025

Hipertiroidismo en el embarazo



El hipertiroidismo se presenta en un 0.1-0.4 % de las gestaciones



La causa más común de hipertiroidismo en mujeres en edad fértil es la **Enfermedad de Graves (EG)**



Antes del embarazo: 0,4%-1,0%
Durante el embarazo: 0,2%

Hipertiroidismo en el embarazo

Complicaciones



Maternas

- Aborto espontáneo
- Hipertensión inducida por el embarazo
- ICC materna
- Tormenta tiroidea

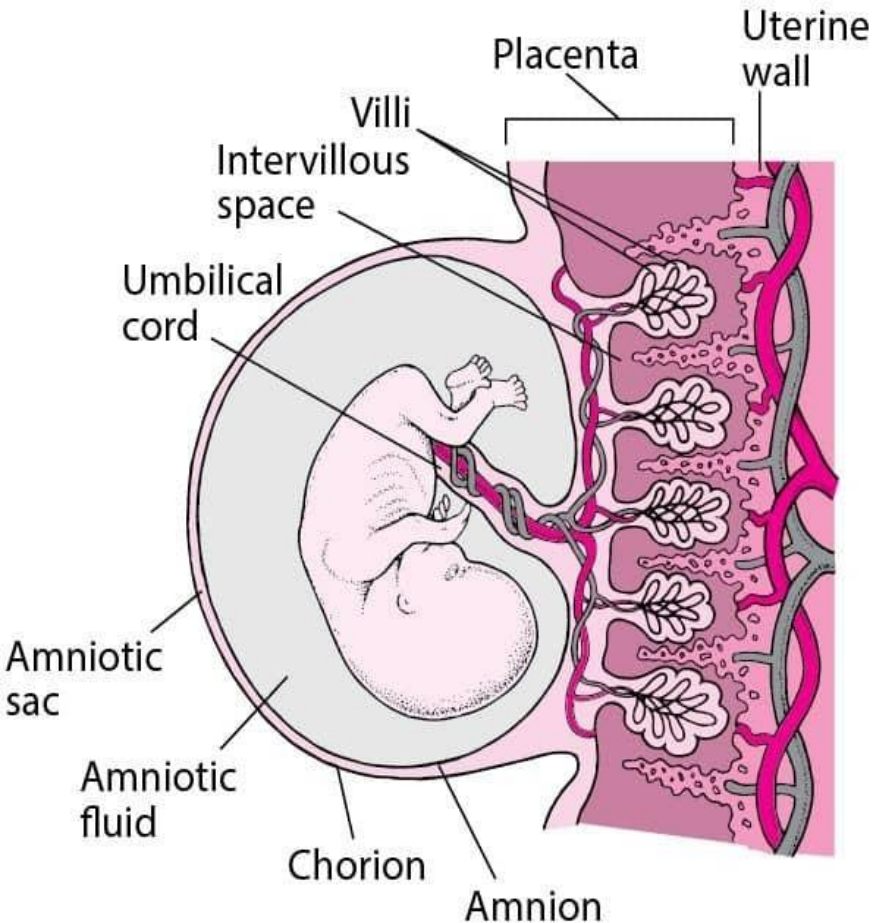


Fetales

- Prematuridad
- Bajo peso al nacer
- CIUR
- Muerte fetal intrauterina

- ✓ Trastornos convulsivos
- ✓ Trastornos neuroconductuales

Hipertiroidismo en el embarazo

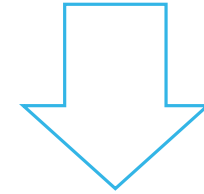


Pueden atravesar eficazmente la barrera placentaria:

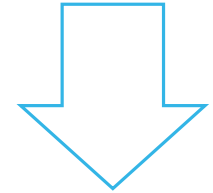
- los anticuerpos estimulantes del tiroides
- los antitiroideos (ATD) y
- la mayoría de las hormonas tiroideas maternas.

Posibles efectos sobre la función tiroidea fetal:

HIPERTIROIDISMO FETAL Y NEONATAL: inducidos por niveles elevados de anticuerpos estimulantes de la tiroides en la segunda mitad del embarazo.



HIPOTIROIDISMO FETAL Y NEONATAL: por exceso de antitiroideos (ATD), incluso si la madre se encuentra eutiroidea.



HIPOTIROIDISMO CENTRAL TRANSITORIO: por control deficiente del hipertiroidismo durante el embarazo.



Objetivo

- ❖ Describir las características clínicas y bioquímicas del hipertiroidismo neonatal en un recién nacido hijo de madre con Enfermedad de Graves durante el embarazo.

CASO CLÍNICO

CONSULTA TIROIDES Y EMBARAZO

Gestante de 28 años de edad con

APP EG de 5 años de evolución

tratamiento con antitiroideo de síntesis y 8 mC de I131 hace 1 año

HOA G4 P0 A3 2 provocados

1 óbito en 2021 (pre-eclampsia a las 35 semanas)

Acude a consulta a las **13.4 semanas de gestación**

sin tratamiento

Índice de tirotoxicosis en 21 puntos



EG

(2019)

ÓBITO/PREECLAMPSIA

(2021)

I 131

(2023)

Sin tratamiento

(2024)

CONSULTA TIROIDES Y EMBARAZO

MADRE

Edad G. (semanas)	Tratamiento	Índice tirotoxicosis (puntos)	TSH (mUI/L) VN: 0.3 - 4.0 mUI/L	FT4 (pmol/L) VN: 10.2 - 22.5 pmol/L	TT4 (nmol/L) VN: 55 -170 nmol/L	TRAb (UI/ml) VN: ≤ 1.75 UI/ml	Control
13.4	Sin tratamiento	21	0.19	ND	>320	>40	NO
14.4	PTU 1-1-1	11	ND	ND	ND	ND	SÍ
16.3	PTU 2-1-1	8	0.022	19.3	ND	ND	SÍ
18.3	PTU 2-1-2	15	0.27	16.77	ND	ND	SÍ
21.3	No tratamiento disponible	3	0.028	ND	202.8	ND	SÍ
29.3	PTU 2-1-1	3	0.48	ND	145	ND	SÍ



ND: no disponibilidad

CASO CLÍNICO



Cesárea iterada, a las 39.2sem, no complicaciones perinatales. Apgar: 9-9. (28/10/2024)

Recién nacido a término, CIUR, peso 2300g, longitud 47cm, circunferencia cefálica 31cm, circunferencia torácica 30cm.

Se remite de neonatología a los 14 días a Endopediatría por FC elevada (170x´) en dos ocasiones al azar sin otra manifestación.

11/11/2024
P 2500 G
T 47.5 CM

Al ser valorado por endopediatría no se encuentra evidencia al examen físico de algún signo de hipertiroidismo

17/11/2024

- TSH: **0.02 mUI/L**
- fT4: **77 pmol/L** (VN 10.2-22.5)
- fT3: **47.4 pmol/L** (VN: 3.1-6.3 pmol/L)

Índice de Tirotoxicosis: - 8 puntos / clínicamente no hiperfunción tiroidea.



EVOLUCIÓN

Clínicamente eutiroides

No exoftalmo, no bocio, temperatura corporal normal.

FC 120-155 lpm, soplo sistólico II/VI (CIA pequeña).

FA 3x2 normo tensa FP puntiforme, suturas palpables.

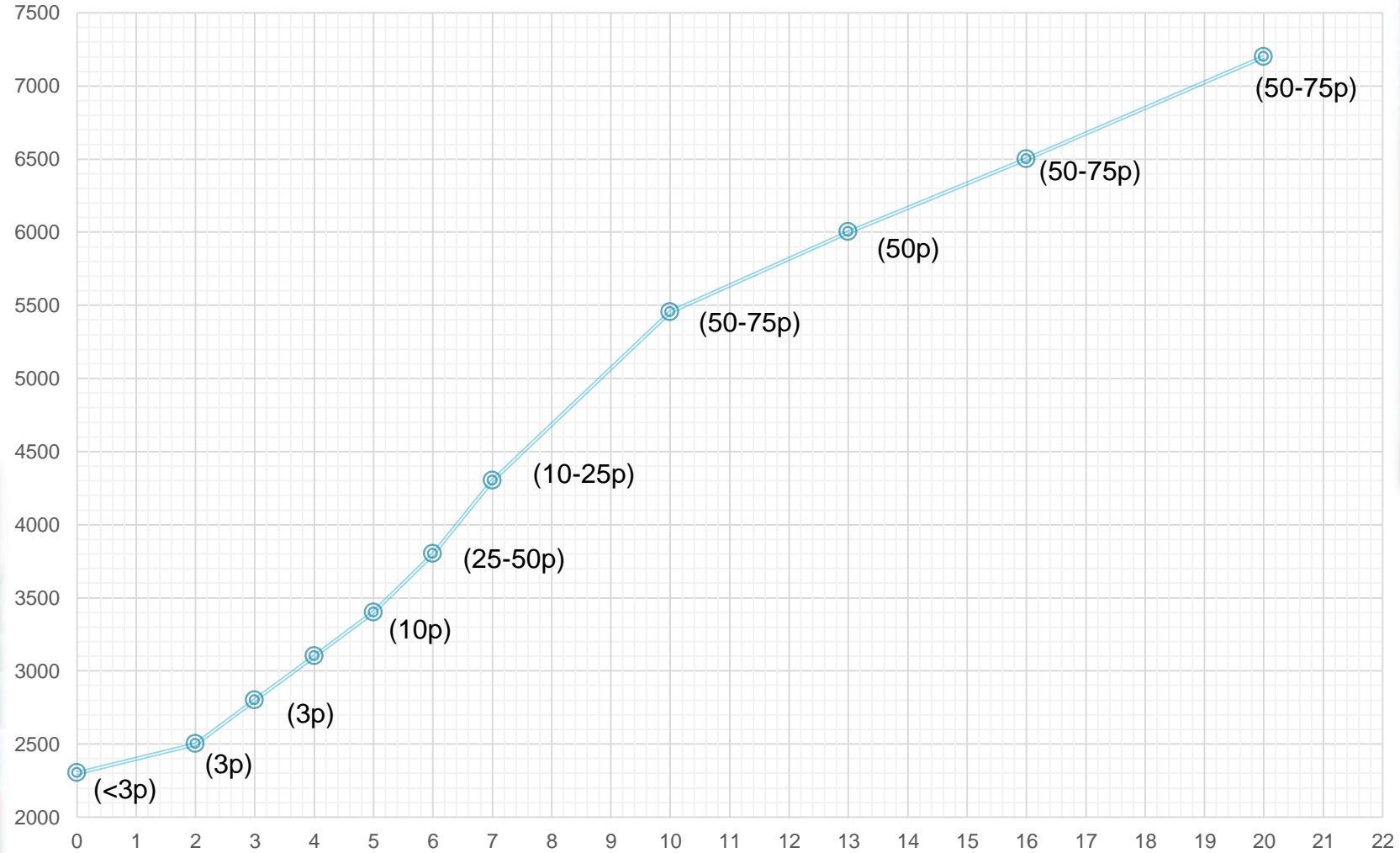
Ganancia de peso y crecimiento adecuados.

CARDIOCENTRO (10/12/24) 1 mes

Ecocardiograma: **CIA de 3mm** con CC I→D
buena contractilidad cardíaca.



Peso
(gramos)

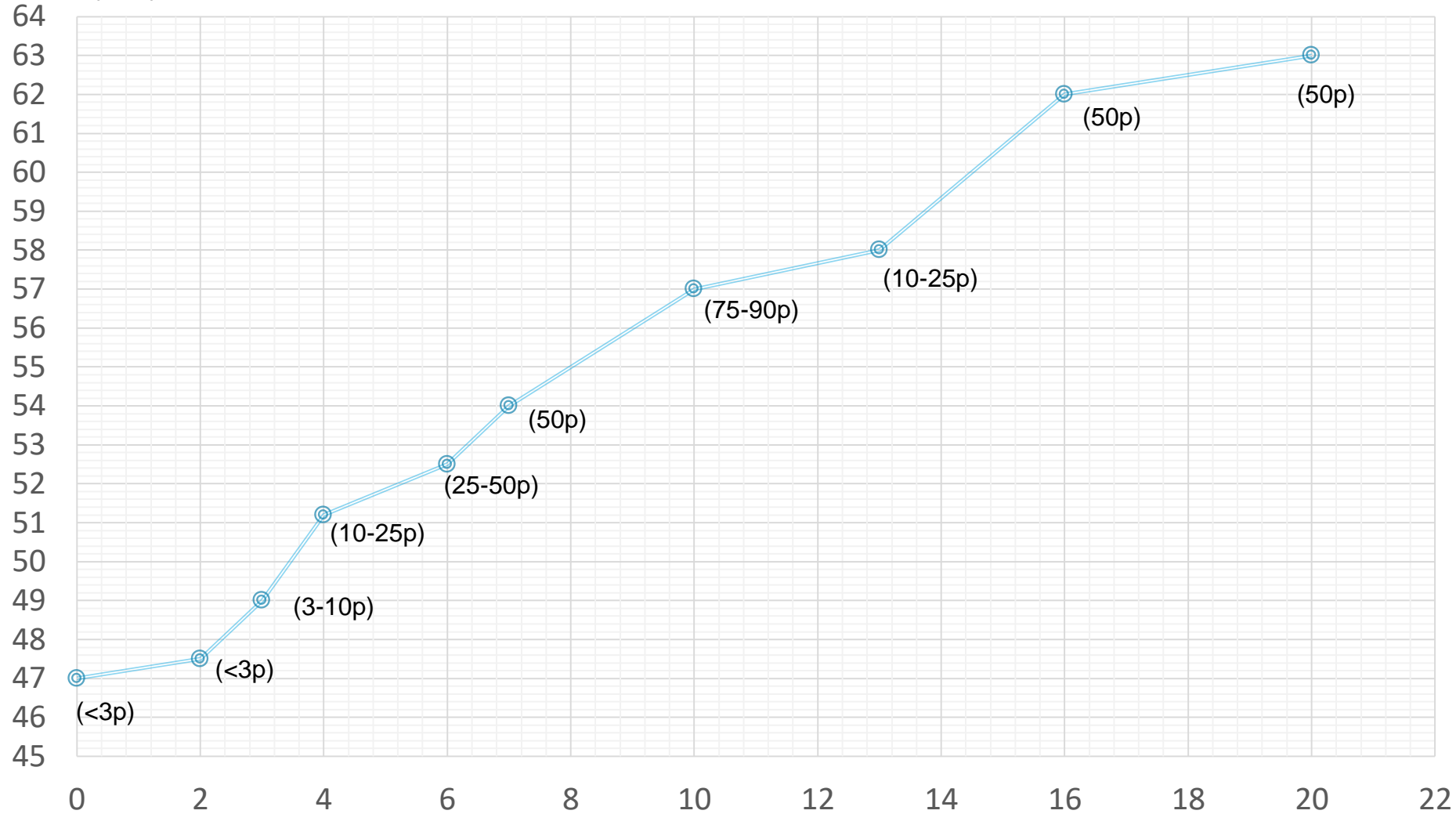


Ganancia de Peso

P: percentil peso para la edad según tablas cubanas de valoración nutricional.

Curva de Crecimiento

Talla (cm)



Semanas

P: percentil talla para la edad según tablas cubanas de valoración nutricional.

Evolución bioquímica del paciente

HIJO



Semanas	2	3	4	5	8	10
TSH (mUI/L)	0.02	ND	ND	ND	ND	ND
fT4 (pmol/L) (VN 10.2-22.5)	77 (↑)	60.8 (↑)	> 80 (↑)	27.6 (↑)	34.1 (↑)	12.1
fT3 (pmol/L) (VN: 3.1-6.3)	47.4	ND	ND	ND	ND	ND
TRAb (UI/L)	ND	ND	ND	ND	ND	ND

* REVIERTE HIPERTIROXINEMIA A LAS 10 SEMANAS

ND: no disponibilidad

DISCUSIÓN

REVISIONES CORTAS

Rev Esp Endocrinol Pediatr 2013; Volumen 5. Suplemento 2

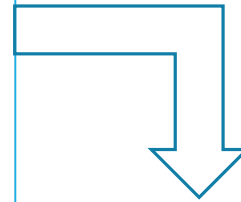
10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2014.Nov.256

Hipertiroidismo en el embarazo. Recién nacido hijo de madre con Enfermedad de Graves

Hyperthyroidism in pregnancy. Newborn of mother with Graves
disease

María Clemente León

*Unidad de Endocrinología Pediátrica, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona
Profesora Asociada de Pediatría, Universidad Autónoma de Barcelona*

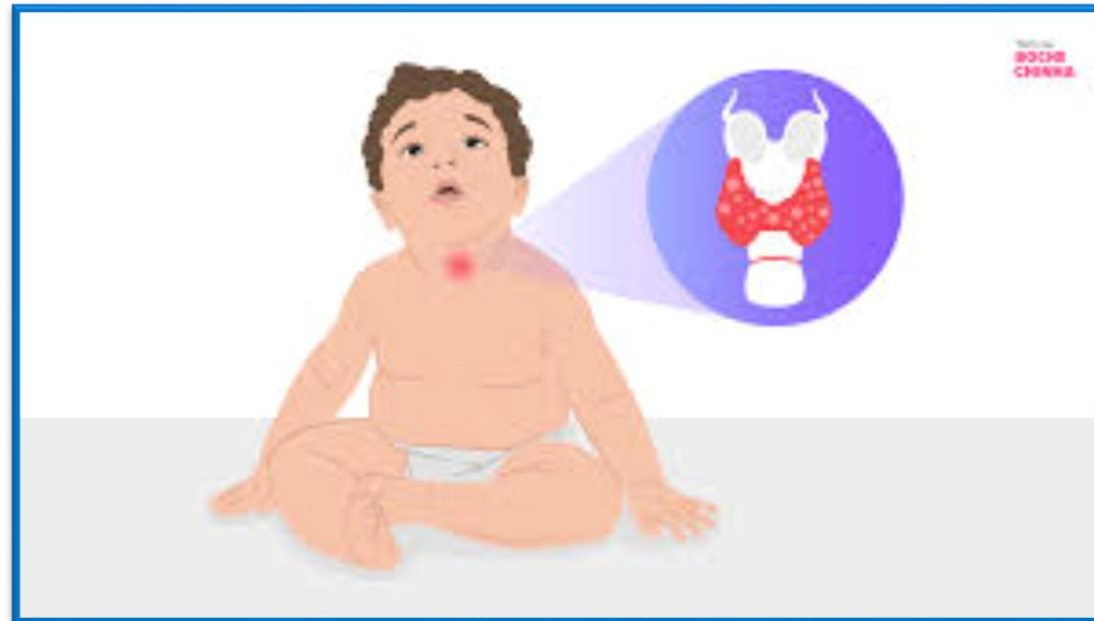


Se estima que un 1-1.5% de los hijos de madres con enfermedad de Graves presentan hipertiroidismo clínico transitorio y un 3% adicional hipertiroidismo bioquímico sin síntomas. Este porcentaje puede ascender al 22% en madres que requieren tratamiento antitiroideo hasta el final de la gestación (6,7).

Hipertiroidismo Neonatal

Condición poco frecuente, generalmente transitoria.

Conjunto de síntomas y signos clínicos, que se producen a consecuencia de un exceso de hormonas tiroideas



El riesgo de hipertiroidismo en el recién nacido depende de:

El título de anticuerpos maternos anti-TSHR en el tercer trimestre de gestación

La actividad de la enfermedad durante la gestación.

El antecedente de radioyodo también se ha relacionado con un mayor riesgo de hipertiroidismo fetal y neonatal.

Hipertiroidismo Neonatal

Prematuridad

Bajo peso (CIUR)

Bocio

Exoftalmos, hepatomegalia

Taquicardia fetal

Irritabilidad

Vómitos, diarreas

Casos graves pueden presentar insuficiencia cardiaca, craneosinostosis o tormenta tiroidea

Hipertiroidismo Neonatal

➤ Los signos en el neonato pueden presentarse:

- pocas horas después del nacimiento
- retrasarse hasta los 10 días
- aparecer 1 o 2 meses de su nacimiento.


➤ Curso clínico dura entre 3-12 semanas

(resuelve al degradarse los Ac maternos en el neonato)


➤ La remisión completa es frecuente a las 20 semanas y prácticamente en el total de los paciente resuelven a las 18 semanas.

Hipertiroidismo Neonatal



Tratamiento







Clinics in Perinatology
Volume 45, Issue 1, March 2018, Pages 31-40




Neonatal Thyrotoxicosis

Stephanie L. Samuels MD ^a, Sisi M. Namoc MD ^b, Andrew J. Bauer MD ^c  

[Show more](#) 

 Add to Mendeley  Share  Cite

<https://doi.org/10.1016/j.clp.2017.10.001> [Get rights and content](#) 

Los fármacos utilizados son:

- Propranolol: tratamiento de manifestaciones adrenérgicas durante las primeras 1-2 semanas de tratamiento.
- Antitiroideos: de elección metimazol (0.5-1 mg/Kg/día, 3 dosis), propiltiouracilo (5-10 mg/Kg/día, 3 dosis). Inhiben la síntesis de hormonas tiroideas pero no impiden la liberación de la T3 y T4 acumuladas en el coloide, por lo que son efectivos tras 1-2 semanas de tratamiento.
- Solución de lugol: bloquea la liberación de hormonas del coloide e inhibe la organificación del yodo.
- Glucocorticoides: en casos graves porque inhiben la secreción de hormonas tiroideas en la enfermedad de Graves e inhiben la desyodasa tipo 1 (responsable de la conversión periférica de T4 a T3).

The benefit of treatment of asymptomatic biochemical hyperthyroidism has not been shown as clearly.²⁶



Asesoramiento Preconcepcional

El objetivo principal es **asegurar un embarazo saludable, minimizando riesgos tanto para el feto.**

AVISO IMPORTANTE



embarazo seguro y para la madre como

CONCLUSIONES

- ❖ El paso transplacentario de anticuerpos puede provocar hipertiroidismo neonatal debido a la activación del receptor de la TSH del tiroides del recién nacido.
- ❖ El hipertiroidismo neonatal es una condición poco frecuente y generalmente transitoria que puede afectar el desarrollo neurológico y físico del bebé.
- ❖ El control preconcepcional en toda mujer en edad reproductiva con hipertiroidismo es esencial para planificar el mejor momento de la concepción, y garantizar un embarazo seguro y saludable, minimizando riesgos tanto para la madre como para el feto.

GRACIAS

