

“HIPERTIROIDISMO FETAL Y NEONATAL POR ENFERMEDAD DE BASEDOW-GRAVES MATERNA”

Presentan: Dra. Carolina Peña
Dr. Julio Soto
Hospital Las Higueras, Talcahuano
Clínica Sanatorio Alemán

Revisión: Dra. Carola Goecke
Grupo GESUR

CASO 2

Madre de 29 años, primigesta, con antecedentes de hipertiroidismo por enfermedad de Basedow-Graves, tratada con radioyodo el año 2004 por efecto adverso a terapia medicamentosa. Desde su inicio con orbitopatía distiroidea, que posteriormente progresó y requirió cirugía descompresiva el año 2012. Consulta en endocrinología por embarazo no programado, estando en tratamiento con levotiroxina, evidenciándose desde la sexta semana Trabs (+) (21,0 vn < 0,1), con TSH en rango normal para primer trimestre del embarazo. Durante el seguimiento en ecografía fetal de las 22 semanas se informan signos sugerentes de hipertiroidismo fetal (taquicardia, bocio con aumento de flujo al interior de la glándula, exoftalmo y sospecha de craneosinostosis). En ese momento, TSI (++) 18,7 (VN <0,1). Madre con tendencia a supresión de TSH, se decidió asociar al tratamiento thyrozol inicialmente 10 mg hasta llegar a dosis de 20 mg según hallazgos ecográficos.

Se discute caso en reunión de equipo con obstetras y endocrinólogos y se decide interrupción a las 34 sem, previa carga con corticoides. Paciente inicia trabajo de parto a las 33+6 sem. Hija nace por cesárea. RNPT 34 sem PN 2660 (-0.47 DE) TN 47.5 (1.2 de) CC: 31.5 cm (-0.714 de). APGAR 8-9-9.

Al examen llama la atención exoftalmo y bocio. Se inicia inmediatamente tratamiento con Thyrozol 0.5 mg cada 12 horas (0.38 mg/kg/d) y propanolol 2 mg cada 12 horas (1.5 mg/kg/día). Pruebas tiroideas previo inicio mostraron TSH 0.027 T4I 5.59 ng/dL (VR 0.78-2.19) T3 3.54 ng/mL (0.97-1.7) TRAbs 9.187 UI/L (VR <1.5). Paciente evolucionó con Síndrome de distres respiratorio, requiriendo apoyo de CPAP por 15 horas, sin compromiso hemodinámico. A los 7 días de vida se aumentó dosis de thyrozol a 0.68 mg/kg/día, considerando lenta normalización de pruebas tiroideas (T4I 5.07 ng/dL T3 3.32 ng/mL). En exámenes además llamaba la atención patrón de colestasia, por lo que gastroenterología indica ursofalk y vitamina E.

Oftalmología consigna exoftalmo y retacción palpebral leve-moderada. FO normal, manteniendo indicación de lubricación.

Estudio de imágenes informa ecotomografía cerebral y abdominal normal, mientras que ecotomografía tiroidea muestra bocio difuso de estructura hipocogénica levemente heterogénea sin lesiones focales. Radiografía de cráneo se informa sin evidencias de craneosinostosis.

A los 17 días de vida como persiste con T4I elevada (3.48 ng/dL) se aumenta a thyrozol 1 mg cada 12 horas (0.83 mg/kg/día). Dado estabilidad clínica es dada de alta a los 22 días de vida.

En sus controles ambulatorios paciente evoluciona con normalización de su función tiroidea y concomitante adecuado crecimiento pondoestatural, reduciendo sus requerimientos de thyrozol en forma progresiva, suspendiéndose a la edad de 2 meses 5 días. Requirió apoyo por 15 días con levotiroxina por hipotiroidismo transitorio secundario a uso de thyrozol.

| Edad | 0 | 4 días | 7 d | 10 d | 13 d | 17 días | 20 días | 22 d | 1m 5d | 1 m 17d | 2 m 5 d | 2 m 11 d | 2m25d | 4m13d | 5m12d | 7 m 9 d | 8 m 22 d |
|-----------------------|--|--|---|------|-------|--|---------|--|--|----------------------------------|---|--------------------------|-------------------|---------|-------|---------|----------|
| EGC | | | | | | 36 + 3 | | | 38 + 5 | 3 días | 19 días | 25 días | 1 m 9d | 2 m 29d | 3m28d | 6m15d | 7 m 8 d |
| Peso (gr) | 2660 | 2130 | 2090 | 2205 | 2270 | 2345 | 2390 | 2380 | 3100 | 3510 | 4040 | | | | | 6200 | 6850 |
| Talla (cm) | 47.5 cm | | | | | | | | | 53.5 | 55 | | | | | 64.5 | 67 |
| TSH mUI/ml | 0.027 | | <0.01 5 | | | | | 0.015 | <0.01 | <0.01 | 0.33 | 0.629 | <0.01 | 0.086 | 0.103 | 0.26 | 0.32 |
| T4I (ng/dL) | 5.59 (VR 0.78-2.19) | 6.37 | 5.07 | 3.63 | 3.22 | 3.48 | 3.03 | 2.27 | 1.0 | 0.7 | 0.4 | 0.54 | 1.7 | 1.18 | 1.11 | 0.9 | 0.9 |
| T3 (ng/mL) | 3.54 (0.97- 1.7) | 2.88 | 3.32 | 3.89 | 4.1 | | 3.6 | | 2.0 | 1.1 | 0.9 | 129 ng/dl (117-239) | | 164 | 193 | 1.4 | 1.4 |
| TRAbs (UI/L) | | 9.187 (VR <1.5) | | | | | 6.88 | | | | | 0.19 UI/L (VR<0.1) | | | | | |
| Bili total (mg/dl) | | 6.6 | 5.5 | | 5.5 | | 5.5 | 3.8 | | | 0.71 | | | | | | |
| Bili directa | | 2.9 | 3.2 | | 4.4 | | 4.4 | 3.1 | | | 0.41 | | | | | | |
| GOT/GPT U/L | 62/8 | | 53/20 | | 73/45 | | 106/60 | | | | 35/35 | | | | | | |
| GGT UI/L | 493 | | 247 | | 122 | | 91 | | | | 30 | | | | | | |
| FA U/L | | | | | 557 | | 656 | | | | 429 | | | | | | |
| Terapia | Thyrozol 0.5-0.5 mg (0.38 mg/kg/d) Propanolol 2-2 mg (1.5 mg/kg/d) | ↓ Propra nolol 1-1 mg por bradi cardia | ↑ 0.68 mg/kg/ d Propra nolol 2- 2 mg | | | ↑ Tz 1-1 mg (0.83 mg/kg/d) PP 2-2 (1.67 mg/kg/d) | | Suspende Propanolol Urso 25 mg c/8h (20 mg/kg/d) | ↓1-0.5 mg (0.48 mg/kg/d) Susperde ursofalk y vit e | ↓0.5-0.5 mg (0.28 mg/kg/d) | Suspende rthyrozol Se suspende urso y vit E. | LT4 25 ug/d 6 ug/kg/d | Suspende r LT4 | | | | |

Bibliografia

1. Van der Kaay DC, Wasserman JD, Palmert MR. Management of Neonates Born to Mothers With Graves' Disease. *Pediatrics*. 2016 Apr;137(4):e20151878. doi: 10.1542/peds.2015-1878. Epub 2016 Mar 15. PMID: 26980880.
2. Samuels SL, Namoc SM, Bauer AJ. Neonatal Thyrotoxicosis. *Clin Perinatol*. 2018 Mar;45(1):31-40. doi: 10.1016/j.clp.2017.10.001. Epub 2017 Dec 16. PMID: 29406005.
3. Léger J. Management of Fetal and Neonatal Graves' Disease. *Horm Res Paediatr*. 2017;87(1):1-6. doi: 10.1159/000453065. Epub 2016 Dec 16. PMID: 27978517.
4. Léger J, Carel JC. Diagnosis and management of hyperthyroidism from prenatal life to adolescence. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2018 Aug;32(4):373-386. doi: 10.1016/j.beem.2018.03.014. Epub 2018 Apr 5. PMID: 30086864.
5. Illouz F, Luton D, Polak M, Besançon A, Bournaud C. Graves' disease and pregnancy. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2018 Dec;79(6):636-646. doi: 10.1016/j.ando.2018.08.004. Epub 2018 Aug 16. PMID: 30224035.