
ARTICULO ORIGINAL

Función tiroidea de recién nacidos hijos de madres hipertiroideas

Thyroidal function in newborn children of hyperthyroid mothers

Dr.: Juan Pablo Hayes Dorado*

Resumen

Objetivo: evaluar la función tiroidea en recién nacidos hijos de madres hipertiroideas, la morbilidad de los mismos y las condiciones clínicas maternas.

Material y métodos: se estudiaron los recién nacidos hijos de madres hipertiroideas, atendidos en el Servicio de Neonatología del "Hospital Santa Cruz" de la Caja Petrolera de Salud, durante el período enero 2002 - diciembre 2006.

Resultados: se estudiaron 14 neonatos, hijos de madres hipertiroideas. La causa de hipertiroidismo materno diagnosticada en las 14 gestantes fue la enfermedad de Graves.

En 13 recién nacidos, los valores séricos hormonales de T4 y TSH a los 2-4 días de vida, a los 7-14 días y a las 4-6 semanas de vida, fueron normales, diagnosticándose en un neonato, hipotiroidismo primario transitorio.

Conclusión: en el presente trabajo, la mayoría de los recién nacidos hijos de madres hipertiroideas no presentaron disfunción tiroidea; solamente en uno de ellos se diagnosticó hipotiroidismo primario transitorio.

Palabras clave:

Rev Soc. Bol Ped 2008; 47 (1): 13-5: recién nacidos, hijos de madres hipertiroideas, hipertiroidismo, enfermedad de Graves.

Introducción

Luego de la diabetes mellitus, el hipertiroidismo es la enfermedad endocrina más frecuente durante el embarazo. En recién nacidos hijos de madres hipertiroideas se puede encontrar la función tiroidea normal, aumentada (hipertiroidismo) o disminuida (hipotiroidismo).¹

El hipertiroidismo ocurre en el 0.2% de las mujeres embarazadas, siendo la causa más común la enfer-

Abstract

Objective: to evaluate the thyroidal function in newborn children of hyperthyroid mothers, the morbidity of such and the maternal clinical conditions.

Material and methods: the newborn children of hyperthyroid mothers, who were taken care of in the Service of Neonatology of the "Hospital Santa Cruz" of Caja Petrolera de Salud, were studied during the period from January 2002 to December 2006.

Results: fourteen newborns were studied, children of hyperthyroid mothers. The diagnosed cause of the maternal hyperthyroidism in the 14 pregnant women was the Graves disease. In 13 newborns, seric hormonal levels of T4 and TSH at the 2-4 days of life, the 7-14 days and 4-6 weeks of life were normal, diagnosing in only one newborn, transitory primary hypothyroidism.

Conclusion: in the present work, most of newborn children of hyperthyroid mothers did not present thyroidal dysfunction; only in one of them transitory primary hypothyroidism was diagnosed.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2008; 47 (1): 13-5: newborn, children of hyperthyroid mothers, hyperthyroidism, Graves's disease.

medad de Graves. Sólo el 1 % de los recién nacidos hijos de madres con enfermedad de Graves presentan hipertiroidismo, explicado por el paso de anticuerpos de la madre al feto, siendo las características clínicas más frecuentemente observadas, prematuridad, taquicardia, hiperexcitabilidad, bocio, exoftalmos y hepato-esplenomegalia; el impacto del hipertiroidismo sobre el crecimiento y el desarrollo puede ser dramático.¹⁻⁵

* Médico pediatra. "Hospital Santa Cruz". Caja Petrolera de Salud. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

Artículo recibido 8/12/07 y fue aprobado para publicación 10/3/08.

Por otro lado, los agentes antitiroideos (tionamidas) que toma la madre hipertiroidea, pueden ocasionar hipotiroidismo fetal y neonatal.²⁻⁵

Los objetivos del presente trabajo fueron evaluar la función tiroidea de recién nacidos hijos de madres hipertiroideas, la morbilidad de estos pacientes y las condiciones clínicas de sus madres.

Material y métodos

El presente es un trabajo prospectivo y descriptivo de una serie de casos donde se estudiaron a los recién nacidos hijos de madres hipertiroideas, atendidos en el Servicio de Neonatología del “Hospital Santa Cruz” de la Caja Petrolera de Salud, durante el período enero 2002 - diciembre 2006.

En un formulario previamente establecido se analizaron las siguientes variables maternas: Edad, número de gestación, causa del hipertiroidismo y tratamiento y las siguientes variables neonatales: Vía de nacimiento, sexo, edad gestacional, peso, puntuación de Apgar y niveles séricos de T4 y TSH (mediante inmunoquimioluminiscencia – Immulite 2000) en tres tiempos: A los 2-4 días, a los 7-14 días y a las 4-6 semanas de vida.

Resultados

Se atendieron 14 recién nacidos hijos de madres hipertiroideas, la edad materna fluctuó entre 23.3 +/- 5.2 años (rango: 18 a 37 años) y el número de gestación fue de 2.3 +/- 1.3 (rango de 1 a 5 gestaciones).

La causa del hipertiroidismo materno diagnosticada en las 14 gestantes fue la enfermedad de Graves y el tratamiento indicado en todas ellas fue con propiltiouracilo.

Doce gestantes presentaron niveles de TSH, T4 libre y T3 dentro del rangos normales, a las seis semanas de iniciada la terapia con propiltiouracilo y en los controles ulteriores. En dos de ellas, se aumentó la dosis del medicamento, verificándose eutiroidismo

en el segundo control de tratamiento (a los 4 meses de iniciada la terapia) y en los siguientes controles.

La operación cesárea fue la vía de nacimiento para todos los recién nacidos. El 57% de los neonatos fue de sexo masculino y la edad gestacional fluctuó entre 37 +/- 2.6 semanas, con un rango de 33 a 39 semanas de gestación. En relación al peso de nacimiento, los recién nacidos adecuados para la edad gestacional correspondieron al 57 %, los pequeños para la edad gestacional fueron el 36% y los grandes para la edad gestacional el 7%.

Presentaron un Apgar (a los 5 minutos) entre 7 a 10, el 86% de los casos y un Apgar de 4 a 6, el 14% restante.

Los niveles séricos hormonales de T4 y TSH a los 2-4 días de vida, a los 7-14 días de vida y a las 4-6 semanas, fueron normales en 13 de los hijos de madres hipertiroideas y sólo un neonato presentó hipotiroidismo primario transitorio; en quién el nivel de TSH fue de 38 μ U/ml a las 48 horas de vida.

Discusión

En esta serie corta de pacientes, las mujeres gestantes presentaron como única causa de hipertiroidismo la enfermedad de Graves, recibiendo propiltiouracilo como tratamiento. Actualmente la terapia de primera línea de la enfermedad de Graves durante la gestación son los antitiroideos, preferiblemente el propiltiouracilo.^{1,3-5}

En el presente trabajo, la mayoría de los neonatos hijos de madres hipertiroideas no presentó disfunción tiroidea, siendo los recién nacidos atendidos, de término, con peso adecuado para la edad gestacional y buen Apgar, al igual que lo referido en estudios internacionales.^{1,2}

Al paciente de la serie de casos presentada, que cursó con un hipotiroidismo transitorio, se le inició terapia de sustitución con levotiroxina a los diez días de vida y a las seis semanas de edad ya tenía valores normales de hormonas tiroideas y una centelleografía

tiroidea normal, se mantuvo la terapia de sustitución durante 6 meses.

El examen neurológico del recién nacido fue normal, al igual que el electrocardiograma, la ecografía cerebral y los potenciales evocados auditivos y visuales.

Los anticuerpos anti-TSH, que son inmunoglobulinas estimulantes o inhibitoras, importantes en el desarrollo de hiper o hipotiroidismo transitorios, no se determinan en nuestro medio.

Por otro lado, se ha informado hipotiroidismo transitorio en niños cuyas madres fueron tratadas con propiltiouracilo.

Se enfatiza que el hipertiroidismo en la gestación obliga al médico a pesquisar en los neonatos, enfermedad tiroidea para su respectivo tratamiento.⁵

El hipertiroidismo durante la gestación debe ser manejado en forma multidisciplinaria por un equipo médico compuesto por el obstetra, neonatólogo, endocrinólogo, anestesiólogo y en ocasiones, la nutricionista y la trabajadora social.³⁻⁵

Referencias

1. Zuppa A. Neonatal hyperthyroidism. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2007;20:535-9.
2. Fu J. Risk factors of primary thyroid dysfunction in early infants born to mothers with autoimmune thyroid disease. *Acta Paediatr* 2005;94:1043-8.
3. Guérin B. Severe neonatal hyperthyroidism which reveals a maternal Graves' disease. *Ann Endocrinol* 2004;65:125-30.
4. Polak M. Congenital hyperthyroidism: the fetus as a patient. *Horm Res* 2006;65:235-42.
5. Mestman JH. Hyperthyroidism in pregnancy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2004;18:267-88.