

PATOLOGIA TIROIDEA PARA EL PEDIATRA DE GUARDIA



MARÍA DE LOS ÁNGELES EXPÓSITO R4
REVISADO POR: DR. FCO. JAVIER ARROYO

HIJO DE MADRE CON PATOLOGÍA TIROIDEA DURANTE LA GESTACIÓN



- Hijo de madre con Hipotiroidismo
- Hijo de madre con hipertiroidismo

Hipotiroidismo en la gestación



- Afecta a un 10-20% de las gestantes

DAÑO MATERNO	DAÑO FETAL
Infertilidad	Prematuridad
Aborto	Bajo peso
Anemia	Muerte fetal
Hipertensión	Distres respiratorio
Diabetes	Daño neurológico
Abruptio	Convulsiones
	Retraso madurativo
	Disminución CI



- Se recomienda el cribado a todas las gestantes en el primer trimestre

- 1º trim: TSH < 2,5 mU/l
- 2º trim: TSH < 3mU/l
- 3º trim: TSH < 3,5 mU/l

- Deben realizarse también realizar anticuerpos

Tratamiento de la hipofunción tiroidea en la gestante



- Se beneficiarían del tratamiento con levotiroxina y suplementos de Iodo (250 mcg/día):
 - hipotiroidismo clínico y subclínico,
 - Hipotiroxinemia
 - Autoinmunidad
- Dosis(diagnóstico durante la gestación):
1,2mcg/kg/día
- Si hipotiroidismo previo al embarazo aumentar dosis habitual en un 30-50%.

Manejo del RN hijo de madre hipotiroidea



- Riesgo de disfunción tiroidea transitoria
- Se recomienda 2ª determinación de pruebas metabólicas a los 15 días en:
 - < 36 semanas; PEG; gemelos.
 - cardiópatas; Neonatos ingresados en UCI.
 - Tto dopamina y amiodarona; sobrecarga de iodo por desinfectantes o contrastes yodados
 - S. de Down,
 - hijos de madre con hipotiroidismo autoinmune
- Si al mes de vida continua elevación de TSH comprobar en sangre periférica e iniciar tto.

Hipertiroidismo en la gestación



- 0,1-0,4 % de las gestantes
- Repercusiones maternos fetales por paso de Ac anti TSHR a través de la placenta.
- Riesgos fetales si mal control hormonal
 - Muerte fetal
 - Prematuridad,
 - CIR
 - Hipertiroidismo fetal y/o neonatal
 - Bocio fetal
 - Excepcionalmente hipotiroidismo central transitorio



- El paso transplacentario de Ac aumenta a lo largo del embarazo

sem30 = Ac maternos

- La producción de Ac antiTSHR puede persistir a pesar de tiroidectomía o tratamiento con radioyodo.

Riesgo de Hipertiroidismo fetal depende de:



1. Titulo de Ac anti TSHR maternos en el 3 trimestre
2. Actividad de la enfermedad materna durante la gestación
3. Antecedente de radioyodo

Manejo de la gestante



- Determinar Ac Anti TSHR en 3 trim:
 - E.Graves activa en tto con antitiroideos
 - E.Graves tratada con cirugía o radioyodo
 - Antecedentes de hipertiroidismo fetal/neonatal en gestaciones previas

Si TSI elevados: monitorización fetal para detectar signos de Hipertiroidismo

Tratamiento de la hiperfunción tiroidea en la gestante



- OBJETIVO: T4L en límites altos de la normalidad
- 1 trimestre: PROPILTIRACILO
 - Efecto secundario: fallo hepático fulminante materno-fetal
 - LM permitida si dosis máxima < 300 mg/día
- 2 y 3 trimestre: METAMIZOLES
 - Efectos secundarios: Aplasia cutis congénita, atresia de coanas, atresia de esófago y onfalocele.
 - LM permitida con Carbimazol y con Metimazol si dosis < 30mg/día
- Contraindicado el tratamiento con RADIOYODO

Manejo del RN de madre con E. Graves: HIPERTIROIDISMO NEONATAL



- Clínica (aparece 7-10 ddv y es transitoria):
 - Bocio
 - Taquicardia, HTA, Insuficiencia cardiaca
 - Prematuridad, CIR
 - Vómitos, diarrea
 - Escasa ganancia ponderal, pérdida de peso
 - Hipertermia, rubor
 - Irritabilidad, hiperexcitabilidad, temblor
 - Hepatoesplenomegalia
 - Ictericia
 - Trombopenia
 - Oftalmopatía (mirada fija, retracción palpebral y proptosis)



- Diagnóstico:

Determinar TSH, T4L y Ac anti TSHR entre 3-5 ddv

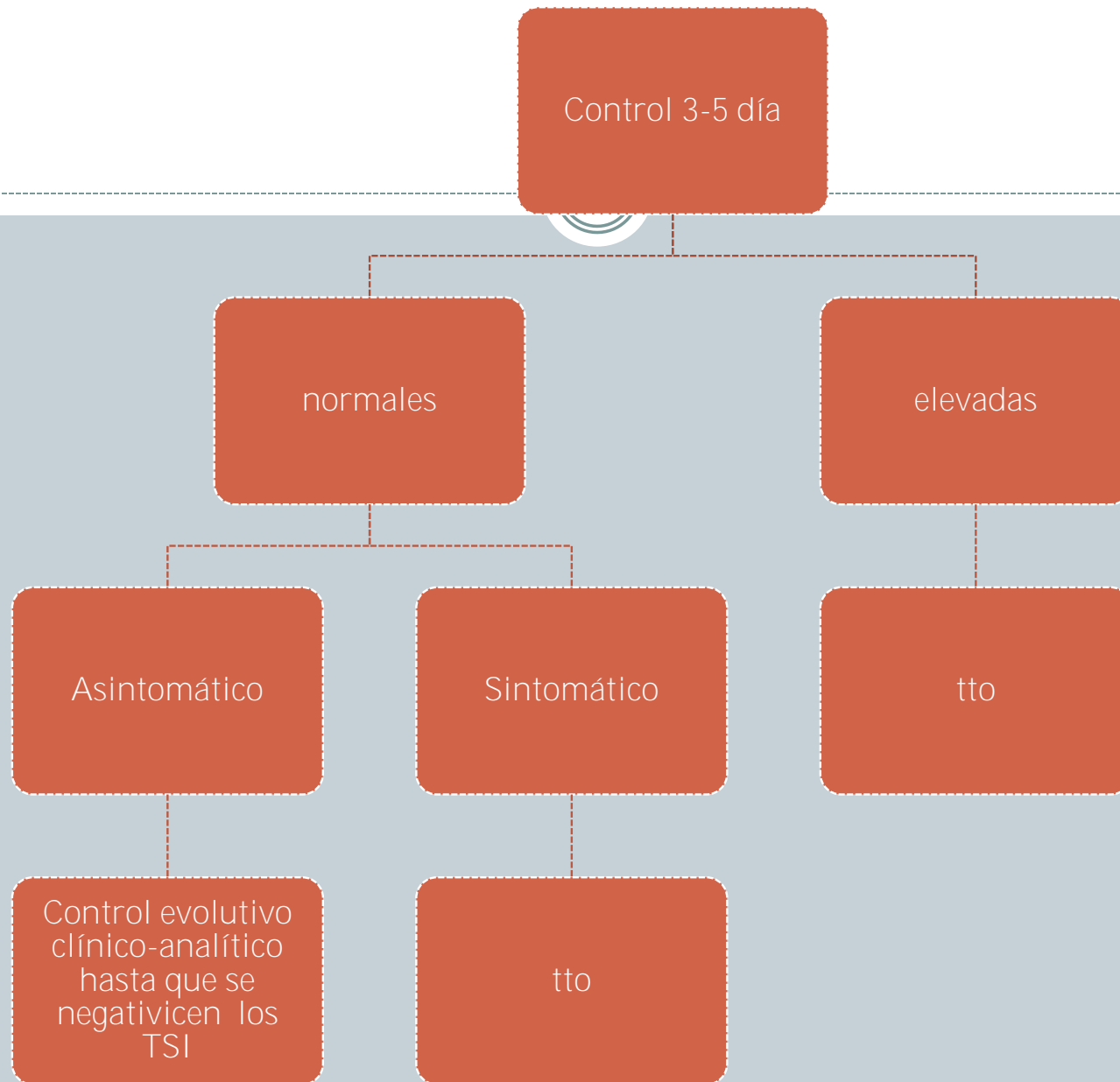
RN de madres con TSI + en tercer trimestre

RN de madres en los que se desconoce TSI

RN sintomáticos

Ingreso si:

- Clínica de tirotoxicosis
- Mal control materno de la enfermedad
- TSI muy elevados en la madre



● Tratamiento



- Soporte: nutrición, líquidos, **sedación...**
- Monitorización
- Fármacos
- Vigilancia evolutiva, clínica y analítica de función tiroidea y de TSI
- LM no contraindicada

Propranolol:

Trata los síntomas adrenérgicos las 2 primeras semanas

Antitiroideos:

Inhibe síntesis de HT, tarda 2 semanas en mostrar efectos

- METIMAZOL 0,5-1 mg/kg/día en 3 dosis
- Propiltiuracilo 5-10 mg/kg/día en 3 dosis

Solución de lugol:

Bloquea la liberación de HT del coloide (1-3 gotas/día)

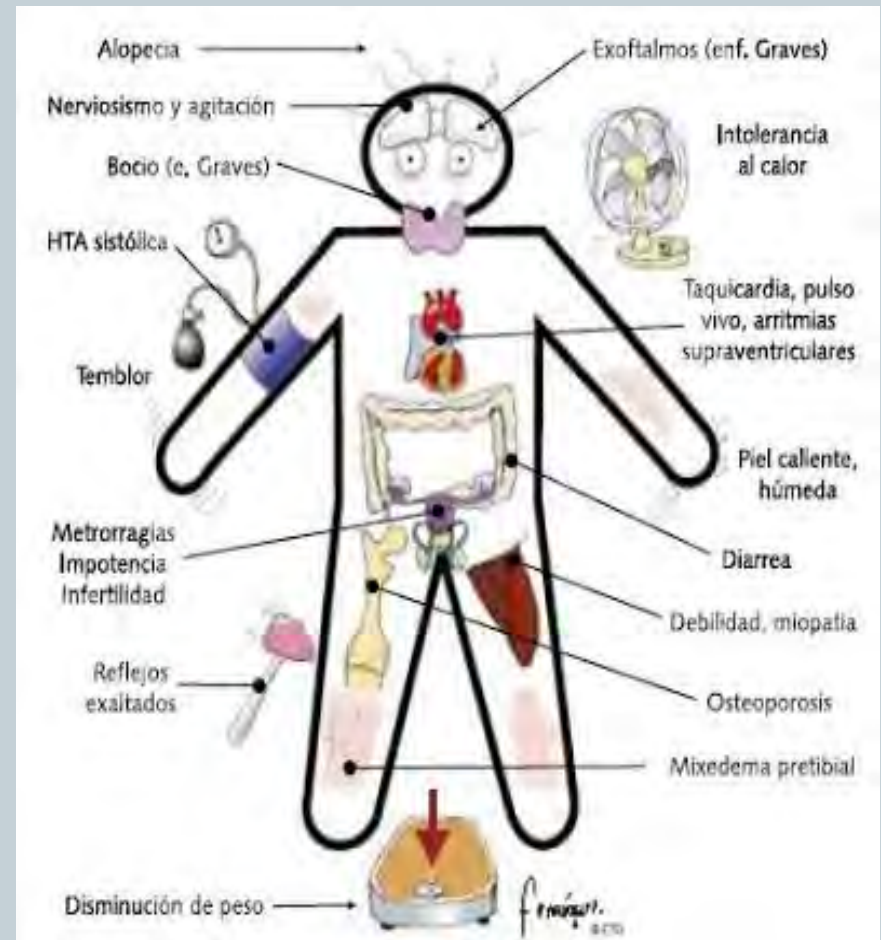
Glucocorticoides:

En casos graves, inhibe la secreción de HT y la desyodasa tipo 1 (paso de T4 a T3)

CRISIS TIROTÓXICA



- Estado grave de hipertiroidismo
- Riesgo vital
- Raro en la infancia
- Pacientes mal controlados
- Factores estresantes precipitantes



- Clínica

- Fiebre
- Sudoración
- HTA, taquicardia, arritmias
- Dolor abdominal, diarrea
- Síntomas neurológicos: agitación, delirio, apatía, estupor, **coma...**

- Ante la sospecha clínica:

- T3
- T4 total y libre
- TSH
- Electrolitos
- ECG



- Si riesgo vital:
 - Monitorización en UCIP
 - Inicio de tratamiento

Tratamiento

- Objetivo:
 - Disminuir rápidamente las HT
 - Estabilización inicial
 - Tto de la causa desencadenante
 - Tto de las complicaciones
- Medidas generales
 - Fluidoterapia
 - Antitérmicos
 - Correcciones hidroelectrolíticas
 - Sedación
- Fármacos
 - Antitiroideos
 - yodo



METIMAZOL 0,8 – 1 mg/kg/día VO o VR



PROPRANOLOL 0,01 – 0,1 mg/kg/dosis IV inicial y posteriormente 0,2-0,5 mg/kg/día 3-4 dosis VO



YODO INORGÁNICO (Lugol 126 mg de yodo/ml; 1 gota = 8 mg) 4-6 gotas cada 8 horas diluido en SSF VO o VR/ YODURO SÓDICO IV a dosis de 0,5 mg

Tras 3 horas de los antitiroideos



DEXAMETASONA 0,15 mg/kg/dosis cada 6 horas o **HIDROCORTISONA** 2mg/kg/dosis cada 8 horas IV



GRACIAS