

REPORTE DE CASO

HIPERTIROIDISMO NEONATAL

NEONATAL HYPERTHYROIDISM

Hiuneicy González Villavicencio¹, Mónica Julissa Angulo Barranca², Carmen Ávila García³

DOI: <https://doi.org/10.61651/rped.2025v77n2p27-29>

¹ Residente de 2º año de Pediatría Hospital III Suárez - Angamos. Essalud - Lima.

² Endocrinóloga Pediatra Hospital III Suárez - Angamos. Essalud - Lima.

³ Pediatra. Jefa del servicio de Pediatría Hospital III Suarez - Angamos. Essalud - Lima.

RESUMEN

Se presenta el caso de un recién nacido varón con diagnóstico de hipertiroidismo neonatal transitorio, una condición poco frecuente en la práctica clínica. La principal manifestación clínica durante el período de adaptación fue hipoglicemia persistente acompañada de signos de hipercatabolismo. La madre del paciente tenía antecedentes de hipertiroidismo diagnosticado en el 2019 con tratamiento irregular con anti-tiroideos. El diagnóstico en el recién nacido se hizo a los 8 días de vida, considerando antecedentes maternos y signos clínicos tales como bajo peso, pequeño para la edad gestacional, temblores, pobre succión, hipoglicemia persistente y pobre ganancia de peso. Los perfiles tiroideos confirmaron la sospecha: TSH 0.121 uUI/ml, T4 libre 41.58 pmol/l, TSI 104%. Se inició tratamiento con tiamazol y propranolol con una evolución clínica favorable tras la terapia. Este caso representa una presentación inusual de hipertiroidismo neonatal transitorio dado que su principal manifestación clínica fue hipoglicemia, un hallazgo poco frecuente en esta entidad.

Palabras clave: Hipertiroidismo neonatal, Hipoglicemia, Tirotoxicosis, Hipertiroidismo transitorio, Anticuerpos antirreceptor de TSH, Manejo neonatal.

SUMMARY

We present the case of a newborn male diagnosed with transient neonatal hyperthyroidism, a rare condition in clinical practice. The main clinical manifestation during the adaptation period was persistent hypoglycemia, accompanied by signs of hypercatabolism. The patient's mother had a history of hyperthyroidism diagnosed in 2019 with irregular treatment with antithyroid drugs. The newborn was diagnosed at 8 days of age, considering maternal history and clinical signs such as low birth weight, small for gestational age, tremors, poor suckling, persistent hypoglycemia, and poor weight gain. Thyroid profiles confirmed the suspicion: TSH 0.121 uUI/ml, free T4 41.58 pmol/l, TSI 104%. Treatment was initiated with thiamazole and propranolol, with favorable clinical outcome after therapy. This case represents an unusual presentation of transient neonatal hyperthyroidism, given that its main manifestation was hypoglycemia, a rare finding in this entity.

Keywords: Neonatal hyperthyroidism, Hypoglycemia, Thyrotoxicosis, Transient hyperthyroidism, Anti-TSH receptor antibodies, Neonatal management.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las guías de la American Thyroid Association (ATA), la European Thyroid Association (ETA) y la Sociedad Española de Endocrinología recomiendan el cribado universal de disfunción tiroidea en madres gestantes¹. Este enfoque ha incrementado la detección de alteraciones en la función tiroidea durante el embarazo, y por ende, el diagnóstico y tratamiento en los recién nacidos.

El desarrollo de la función tiroidea fetal depende de la correcta diferenciación y maduración de la glándula tiroidea además de la integridad del eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo. La transferencia materna de tiroxina

(T4) y anticuerpos antirreceptores de TSH (anti-TSHR o TSI) influyen en la función tiroidea fetal y neonatal. La presencia de anticuerpos estimulantes del receptor de TSH en madres con enfermedad de Graves pueden atravesar la placenta, provocando hipertiroidismo en el feto y en el recién nacido^{2,4}.

El hipertiroidismo neonatal puede asociarse a complicaciones severas tales como retraso en el crecimiento intrauterino, hidrops fetal, taquicardia, insuficiencia cardíaca y alteraciones neurológicas permanentes si no se diagnostica y trata oportunamente⁵. Aunque la mayoría de los casos mejoran con tratamiento, algunos pueden presentar secuelas neurocognitivas y retraso en el desarrollo^{6,9}.

CASO CLÍNICO

Se reporta un recién nacido varón, hijo de madre de 26 años, tercera gestación, con antecedentes de dos abortos incompletos y diagnóstico previo de hipertiroidismo en el 2019. La paciente recibía tratamiento irregular con tiamazol y acudía a sus controles endocrinológicos de manera intermitente.

Durante la gestación, recibió 15 mg de tiamazol tres veces al día y propranolol hasta la 8 semanas que se suspendió por indicación médica.

El nacimiento fue de parto vaginal a las 38 semanas de edad gestacional, el recién nacido pesó 2200 g, midió 48 cm, el perímetro cefálico fue de 29 cm, la fontanela anterior midió 2 x 2.5 cm, la frecuencia cardíaca durante la atención inmediata fue de 154 lpm, el APGAR fue^{8,9} y el líquido amniótico fue claro.

A las 2 horas de nacido, el paciente presentó letargia, pobre succión y glucosa capilar de 15 mg/dl, por lo que ingresa a la unidad de cuidados intermedios neonatales con diagnóstico de hipoglicemia neonatal y se inicia tratamiento con dextrosa al 11% y VIG de 7mg/kg/día.

A los 3 días la hipoglicemia persiste y el paciente presenta temores, hipotonía, exoftalmos y pobre succión. El perfil tiroideo mostró TSH 0.121 uUI/ml (VN 6,54 + 2,48 uUI/

ml), T4 libre 41.58 pmol/l (VN 28.89 + 6.12 pmol/l), T3 libre 6.95 pmol/l (VN 3.1 - 3.8 pmol/l), la inmunoglobulina estimulante TSI fue del 104% (VN 0 - 138 %) y la ecografía tiroidea mostró un volumen de 1.5 cc (VN <2.4 cc). Luego de la evaluación conjunta con endocrinología pediátrica, se confirma el diagnóstico de hipertiroidismo neonatal y se indica tratamiento con tiamazol a dosis de 0.5mg/kg/día y propranolol a 1mg/kg/día.

El paciente inicia tratamiento con tiamazol a los 11 días de nacido y a los 15 días se evidencia mejoría clínica con disminución de signos de hipercatabolismo y disminución del exoftalmos. La pronta respuesta al tratamiento antitiroideo nos confirma el diagnóstico de hipertiroidismo neonatal transitorio.

Asimismo es importante destacar que los resultados de tamizaje metabólico se encontraban dentro de valores normales.

Luego de 7 días de tratamiento (18 días de nacido), el perfil tiroideo de control mostró TSH 0.13 uUI/ml, T4 libre 15.33 pmol/l, T3 libre 3.0 pmol/dl y TSI 66%. Se incrementó la dosis de tiamazol a 0.8 mg/kg/día logrando buena tolerancia y mejoría clínica, incluyendo ganancia ponderal de más de 40 g/día.

A los 28 días de nacido se suspendió el tratamiento y se realiza un nuevo perfil tiroideo evidenciando normalización de la función tiroidea con TSH 2.23 uUI/ml, T4 libre 17.06 pmol/l y TSI a 66% (tabla 1).

Tabla 1. Perfil tiroideo.

	3 días	18 días	28 días
TSH	0.121 uUI/ml	0.13 uUI/ml	2.23 uUI/ml
T4 libre	41.58 pmol/l	15.33 pmol/l	17.06 pmol/l
T3 libre	6.95 pmol/l	3 pmol/l	
TSI	104 %	66 %	66 %

DISCUSIÓN

El hipertiroidismo neonatal es una entidad poco frecuente con incidencia estimada de 1 en 50,000 a 70,000 nacimientos⁶. La principal causa es la transferencia transplacentaria de anticuerpos estimulantes del receptor de TSH en madres con enfermedad de Graves^{3,4}. La presentación clínica puede variar desde signos leves hasta cuadros severos incluyendo taquicardia, exoftalmos, falla en la ganancia ponderal, insuficiencia cardíaca y alteraciones neurológicas.

Este caso destaca la importancia de reconocer que en recién nacidos con antecedentes maternos de enfermedad tiroidea, el hipertiroidismo puede manifestarse con

sintomatología variada, incluyendo la hipoglicemia, que en este caso fue la manifestación clínica inicial. La hipoglicemia persistente en recién nacidos con antecedentes maternos de hipertiroidismo debe alertar a los clínicos para evaluar la función tiroidea, por lo que proponemos una mayor vigilancia para un diagnóstico precoz.

El diagnóstico se confirma mediante el perfil tiroideo y los anticuerpos específicos (TSI).

El manejo actual se basa en el uso de antitiroideos (tiamazol) y betabloqueadores (propranolol), regulando la dosis según la respuesta clínica y del perfil tiroideo¹⁰. La duración del tratamiento varía, pero en casos transitorios, la remisión suele ocurrir en los primeros meses de vida,

permitiendo suspender la medicación, como es el caso de nuestro paciente¹¹. Asimismo es fundamental el manejo multidisciplinario que incluya las especialidades de pediatría, endocrinología, neurología y cardiología, con un adecuado seguimiento.

En madres gestantes con hipertiroidismo, es importante durante el control prenatal, resaltar la importancia del control de la función tiroidea materna para reducir riesgos en el recién nacido⁷. La detección temprana y el tratamiento oportuno mejoran significativamente el pronóstico, minimizando de esta manera las secuelas neurológicas y físicas.

La publicación de este caso ayuda a ampliar el conocimiento sobre la detección, presentación clínica, tratamiento y pronóstico del hipertiroidismo neonatal contribuyendo así a mejorar la atención en esta población vulnerable.

CONCLUSIONES

- Es imprescindible una evaluación precoz en recién nacidos con antecedentes maternos de enfermedad tiroidea.
- El estudio del perfil tiroideo y anticuerpos anti-TSHR o TSI son fundamentales para un diagnóstico oportuno.
- Es importante iniciar tratamiento con antitiroideos tan pronto se realice el diagnóstico.
- Los betabloqueadores suelen ser los medicamentos que acompañan al tratamiento de hipertiroidismo neonatal para control de síntomas adrenérgicos.
- Como parte del tratamiento, es fundamental el monitoreo de la función tiroidea y el seguimiento multidisciplinario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Groot et al. (2019). Management of neonatal hyperthyroidism. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 32(4): 441-448.
2. Ross et al. (2020). Congenital and Neonatal Thyrotoxicosis. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 49(2): 437-453.
3. Vanderpump et al. (2017). The management of Graves' disease in pregnancy. *Clin Endocrinol (Oxf).* 86(1): 2-9.
4. Silva et al. (2021). Neonatal hyperthyroidism: clinical features, diagnosis, and management. *Pediatr Neonatol.* 62(1): 17-25.
5. Yeh & Chen (2018). Long-term neurodevelopmental outcomes in infants with congenital hyperthyroidism. *J Clin Endocrinol Metab.* 103(11): 4107-4114.
6. Kusters et al. (2019). Autoimmune neonatal thyrotoxicosis: a review. *Horm Res Paediatr.* 91(4): 231-240.
7. Miller et al. (2020). Maternal thyroid disease and fetal/neonatal outcomes. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 27(5): 363-368.
8. Rogers et al. (2018). Impact of early treatment of neonatal hyperthyroidism on neurodevelopmental outcomes. *J Pediatr.* 202: 102-108.
9. Liu & Wang (2019). Developmental sequelae of neonatal hyperthyroidism. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 48(4): 109-122.
10. Haddad & Nair (2022). Current management of neonatal hyperthyroidism. *Pediatr Drugs.* 24(2): 123-132.
11. Kordonouri et al. (2020). Spontaneous remission of neonatal hyperthyroidism: a systematic review. *Horm Res Paediatr.* 93(1): 22-30.

Correspondencia: Hiuneicy González Villavicencio

Correo electrónico: drahiuneicygonzalez@gmail.com