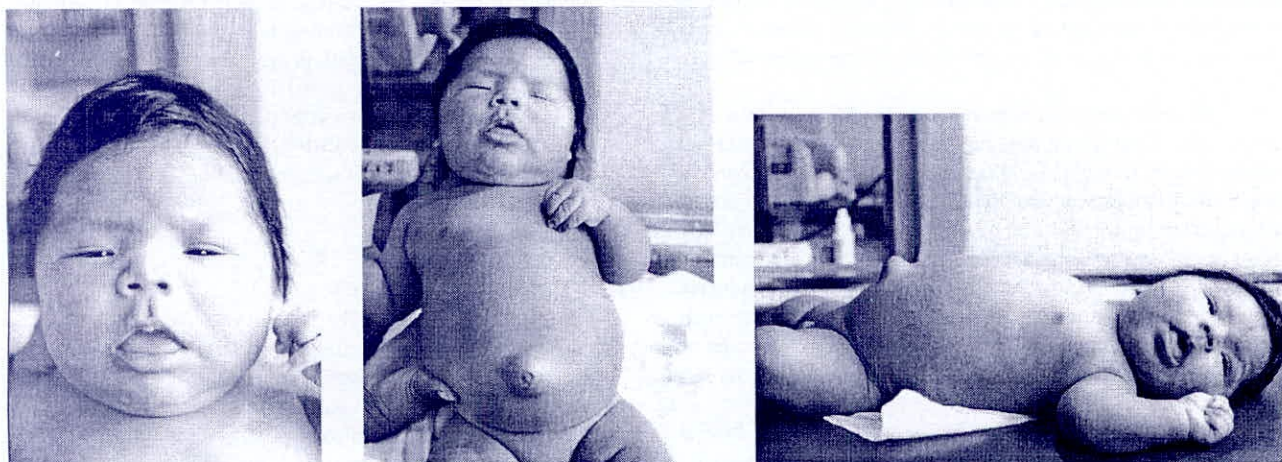


CASO CLINICO

HIPOTIROIDISMO CONGENITO

Mgr. Manuel Ticona Rendón⁽¹⁾
 Méd. Carlos Ticona Paniagua⁽²⁾ Méd. Cristina Llós Rodríguez⁽³⁾



RESUMEN

Se presenta un caso de recién nacido varón con diagnóstico de hipotiroidismo congénito con diferentes características clínicas de esta patología, tales como fascies abotagada e inexpressiva, hipoactividad, hipotonía muscular, piel seca, macroglosia, fontanelas amplias, hernia umbilical, macrosómico de 4,800 g., nace por cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de una madre de 41 años, múltipara, sin antecedentes patológicos y sin ninguna patología durante el embarazo. Con evolución tórpida, con problemas en la alimentación, succión lenta, retardo en la eliminación de meconio e ictericia prolongada. Se da de alta a los 8 días en aparente buen estado general y con tratamiento con levotiroxina e indicando tratamiento de por vida y controles permanentes.

INTRODUCCIÓN

La patología tiroidea más frecuente es el hipotiroidismo. La etiología más frecuente es el hipotiroidismo congénito, su diagnóstico temprano es importante por ser la causa más frecuente de retardo mental prevenible. Las hormonas tiroideas son necesarias para el desarrollo del sistema nervioso central desde la etapa fetal por lo que el diagnóstico y tratamiento precoces (antes de cumplir el primer mes de vida) proporciona un buen pronóstico. El cociente intelectual del niño tratado tempranamente puede alcanzar el 90% del promedio para su edad. En los mejores centros de neonatología, sólo se detecta clínicamente aproximadamente un 15% de pacientes portadores de hipotiroidismo congénito, pues los signos se van haciendo evidentes en el transcurso del tiempo, produciéndose un diagnóstico tardío y como consecuencia un daño neurológico irreversible. Es por ello que en algunos países se realiza el tamizaje neonatal de hipotiroidismo congénito.

En nuestro país son pocos los pacientes diagnosticados precozmente. El tratamiento de elección es la levotiroxina sódica y es de por vida. En zonas donde no se dispone de dosajes hormonales el puntaje de los doctores Blanco y López puede ser de gran utilidad para

el diagnóstico, donde se considera como sospecha diagnóstica de hipotiroidismo congénito un puntaje igual o mayor de 4 (Tabla Nº 1).

TABLA Nº 1
 PUNTAJE POR EVALUACIÓN CLÍNICA
 PARA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE
 HIPOTIROIDISMO CONGENITO

| SIGNOS Y SINTOMAS | PUNTOS |
|---------------------------|-----------|
| Macroglosia | 3 |
| Hipoactividad | 3 |
| Piel moteada | 3 |
| Facies | 3 |
| Hernia umbilical | 3 |
| Problemas de alimentación | 1 |
| Piel seca | 1 |
| Hipotonía | 1 |
| Fontanelas amplias | 1 |
| Estreñimiento | 1 |
| Ictericia prolongada | 1 |
| TOTAL | 21 |

(1) Médico Pediatra y Neonatólogo. Profesor Principal de la Facultad de Medicina de la Universidad Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada de Tacna. Ex-Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

(2) Médico de EsSalud

(3) Médico asistente del Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En países donde existen programas de detección precoz de hipotiroidismo neonatal, se reporta una incidencia de 1:4.000 recién nacidos, y en los que hay alta incidencia de bocio endémico como en el Perú debería tener una mayor incidencia de hipotiroidismo congénito, así en un estudio realizado en la ciudad de Lima por Del Aguila y colaboradores muestra una incidencia de 1 de cada 1.254 recién nacidos, lo que hace imperativo y urgente que se establezca algún tipo de programa de detección precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Antecedentes Socio-económicos: Se trata de un recién nacido, proveniente de una madre de 41 años de edad, con primaria completa, estado civil conviviente.

Antecedentes Personales y Familiares: No refiere antecedentes de patología tiroidea.

Antecedentes Obstétricos: Múltipara que por FUM tenía 41 semanas de gestación.

Embarazo Actual: Producto no deseado, no refiere patología alguna. Presentó un buen control prenatal (6 controles) en su Centro de Salud cercano. VDRL negativo, HB=11.2 g.

Parto: cesárea programada por desproporción cefalopélvica (macrosomía fetal).

Recién Nacido: sexo masculino, nace en buenas condiciones (Apgar al minuto y a los 5 de 9), con un peso de 4,800 g., talla 52, perímetro cefálico 36 cm.

Examen Físico:

Se trata de un RN hipoactivo, llanto "ronco", piel rosada, tibia y seca, en actitud con las miembros superiores en semiflexión y miembros inferiores extendidos, acrocianosis.

Polo cefálico: normocéfalo, sutura anterior de 5x3 cm. y fontanela posterior de 3x1, ambas llegan a unirse.

Cara: facies abotagada casi inexpresiva, con nariz pequeña y puente nasal chato, la boca entreabierta con lengua protruida.

Cuello: móvil, corto, no tumoraciones.

Tórax: cilíndrico, móvil, no presenta dificultad respiratoria, buena ventilación, no estertores.

Cardiovascular: FC=148 x', tonos cardiacos de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: balonamiento, hernia umbilical. Se palpa hígado a 2 cm. de reborde costal, no se palpa bazo, diastasis de rectos, ruidos hidroaéreos presentes, muñón umbilical de características normales.

Genitales externos: testículos en bolsas, escroto hiperpigmentado y arrugado.

Ano permeable.

Extremidades: miembros superiores e inferiores normales, piel fría y acrocianosis.

Neurológico: letargia, hipotonía muscular, reflejos propios del neonato pero disminuidos tales como el reflejo de moro.

Exámenes auxiliares: Se le pidió sus exámenes hematológicos

los que estuvieron dentro de los límites normales: Hb=16, Hto=48, Leucocitos=13,000 sin desviación izquierda, glucosa en sangre=52. No se pidió hormonas tiroideas por no realizarse en el hospital.

Evolución

Estuvo en cuidados intermedios 48 hr. presentando problemas de alimentación (succión débil) y retardo de eliminación de meconio 48 hrs., después del cual pasa a alojamiento conjunto madre-niño dándole de alta juntamente con la madre a los 8 días de nacido con discreta ictericia, con un peso de 4,300 g. con buena succión, lactancia materna exclusiva, se le dio de alta con tratamiento de levotiroxina sódica e indicándole que dicho tratamiento es de por vida con la recomendación de controlarse en consultorio externo de Neonatología a las 14 días de su alta.

COMENTARIOS:

Las manifestaciones clínicas durante el periodo neonatal suelen ser mínimas o de carácter inespecífico, lo que hace que el diagnóstico sea muy difícil en esta etapa de la vida, aún en casos de hipotiroidismo severo. Por este motivo es que han cobrado gran importancia los programas de detección precoz en el recién nacido. En nuestro país no existe un programa nacional de este tipo, además de las consideraciones económicas que significaría su implementación, es imperativo que el médico, particularmente el neonatólogo recuerde la posibilidad de la presencia de estos casos de hipotiroidismo congénito entre recién nacidos aparentemente sanos; ya que el diagnóstico precoz y la instalación del tratamiento antes de los 3 meses de edad con levotiroxina sódica de por vida, el pronóstico es bueno en cuanto al desarrollo mental.

En la actualidad la investigación se orienta hacia un medio de diagnóstico y tratamiento prenatal de esta patología. Se ha sugerido, por ejemplo, que la determinación de T3 en líquido amniótico puede resultar útil. También parece que las hormonas tiroideas influyen en el metabolismo de las Alfa-fetoproteínas y que, en un ambiente hipotiroideo, estas se incrementarían en el líquido amniótico. El dosaje de TSH en el mismo, a las 22 semanas de gestación puede ser de utilidad diagnóstica inclusive se ha intentado tratamiento con T4 intraamniótico. Sin embargo, es necesario una mayor experiencia que permita afirmar la bondad de dichos métodos de diagnóstico y tratamiento.

Los resultados aplicando los criterios de evaluación clínica propuesta por Blanco y López, debido a su gran sensibilidad y especificidad antes de los 3 meses de edad demuestran la utilidad del puntaje clínico para el diagnóstico temprano de hipotiroidismo congénito, lo que nos permite establecer la población en riesgo o de sospecha que debe ser estudiada mediante determinaciones hormonales (TSH-T4), lo que también reduciría los costos de los programas masivos.

BIBLIOGRAFIA:

1. Avery: Neonatología. Tercera Edición. Buenos Aires, Argentina. 1990.
2. Del Aguila y cols.: Evaluación Clínica y Diagnóstico Precoz de hipotiroidismo congénito Revista Diagnóstico Vol.30, Número 3-6, setiembre-diciembre 1992.
3. Falen, Juan: Hipotiroidismo Neonatal. Revista Diagnóstico. Vol.30, Número 3-6, setiembre-diciembre 1992.
4. Gomella, Tricia: Neonatología. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1998.
5. Meneghelo: Pediatría. Cuarta Edición, Editorial Mediterráneo. Chile. 1996.
6. Nelson: Tratado de Pediatría. Catorceava Edición. Editorial Interamericana. México. 1992.
7. Rojas, Maria Isabel: Alteraciones Tiroideas Neonatales. En: Medicina Perinatal. Capitulo XLIV. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa. 1999.
8. Schaffer: Enfermedades del Recién Nacido. Sexta Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1993.
9. Ticona, Manuel: Salud Perinatal en Tacna. Principales Indicadores 1981-2000. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Tacna 2001.