Trabalhos Científicos

Título: Hipertireoidismo Neonatal: Relato De Caso

Autores: ANDRESSA NAOMY TAMURA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ), PATRICIA TSEN (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ), JULIA GABRIELA FRANCK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ), MARIA FERNANDA MUNHAK DA SILVA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ), THAYSE GUESSO CANGUSSÚ (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ), JÚLIA FERREIRA LOPES DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ), EDUARDA XAVIER (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ), GIULIA GABRIELA DE MELO FRITZ (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ), LARISSA LAVARIAS GESSNER (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ), AMANDA FONTANA GOUVEIA FIORELLI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ), MARCOS ANTONIO DA SILVA CRISTOVAM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ), FABIANO SANDRINI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ)

Resumo: O hipertireoidismo neonatal é uma doença rara e fatal, normalmente causada pela Doença de Graves materna mal controlada. Caracteriza-se por imunoglobulinas (TRAbs) maternas que atravessam a barreira placentária e estimulam os receptores de hormônio tireoestimulante (TSH) fetal. RN, feminino, 2090g, IG: 34 semanas, parto cesariana por taquicardia fetal sustentada (185/190 bpm), sem intercorrências ao nascimento, Apgar: 8/9. Pré-natal com todas as sorologias negativas. À ultrassonografia: restrição de crescimento intrauterino. Mãe diagnosticada com hipertireoidismo há três anos, mau controlado. Exames laboratoriais da RN na maternidade: TSH: 0,003 956,UI/mL (normal: 0,5 a 25 956,UI/mL), sendo avaliada pela endocrinologia. RN compareceu à consulta trazida pela mãe, em bom estado geral, em aleitamento materno exclusivo. Exame físico: taquicárdica (200-270 bpm), ganho de peso insatisfatório e exoftalmia, optando-se por iniciar o tratamento com tapazol e propranolol. Dosagem de anticorpos antirreceptor de TSH (TRAb) revelou título de 15,1 UI/L (referência:< 0,1 UI/L), TSH: 0,002 956,UI/mL, T4 livre: 3,28 ng/dL (referência: 0,7 a 1,48 ng/dL). RN segue em acompanhamento ambulatorial do hipertireoidismo congênito. Discussão: O hipertireoidismo neonatal é raro, afetando 1 nascido vivo a cada 50.000, necessitando de tratamento precoce devido à sua elevada mortalidade. A principal causa é a Doença de Graves materna, a qual passa a produzir anticorpos contra o receptor do TSH, e estes atravessam a placenta e estimulam a tireoide fetal a produzir os hormônios tireoidianos em excesso, ocorrendo em 1 a 5% dos filhos de mulheres portadoras da condição. O diagnóstico fetal de hipertireoidismo se dá por ultrassonografia obstétrica para detectar alterações sugestivas de disfunção tireoidiana fetal. Os principais achados da doença são: bócio, aceleração da idade óssea e taquicardia fetal, sendo esta um indício de tireotoxicose no feto quando presente após 22 semanas de gestação. Quando não ocorre o diagnóstico precoce, pode haver a “tempestade tireoideana” que é uma complicação rara e grave, com risco à vida. Como a glândula fica extremamente ativa, todas as funções corporais são aceleradas, aumentando a frequência cardíaca, da temperatura corporal, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e alterações do estado mental. Se a tireotoxicose secundária à doença de Graves for leve, a conduta no RN é observação ou propranolol, porém se sintomas mais intensos ou graves, associa-se antitireoideanos, como metimazol ou propiltiouracil. A taquicardia pode ser tratada usando beta-bloqueadores, digoxina ou glicocorticoides em casos graves. Para realizarmos o acompanhamento do tratamento, dosa-se o nível de TRAb e se negativo, suspende-se o tratamento. Comentários finais: O hipertireoidismo congênito é uma doença grave que pode levar a óbito se não tratada, pediatras devem estar atentos ao diagnóstico e tratamento precoces.