

Bocio intraútero en una madre con hipertiroidismo por enfermedad de Graves-Basedow: ¿hipo/hipertiroidismo fetal?

Intrauterine goitre in a mother with Graves-Basedow disease: foetal hypo/hyperthyroidism?

María Chueca Guindulain¹, Cristina Pérez², Beatriz Pérez², Ana Modroño², Ana Iriarte³, Carlos Andrés¹, Sara Berrade¹

¹ Unidad de Endocrinología Pediátrica, Hospital Universitario de Navarra

² Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Navarra

³ Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario de Navarra

El embarazo en madres con la enfermedad de Graves-Basedow tiene una morbimortalidad más elevada para el feto y para la madre. El feto puede desarrollar bocio y causar complicaciones atribuibles tanto al efecto físico de éste como a la disfunción tiroidea que pueden amenazar la vida y causar alteraciones neurológicas.

Determinar si el bocio está causado por hipertiroidismo fetal (paso de anticuerpos estimulantes del tiroides a través de la placenta) o por hipotiroidismo (paso de antitiroideos maternos) es el principal desafío clínico. Las evaluaciones maternas y fetales son esenciales para abordarlo adecuadamente.

Presentamos el caso de una paciente de 35 años en su segunda gestación, diagnosticada con enfermedad de Graves-Basedow en 2018, posteriormente a su primer embarazo. En el inicio del embarazo se le suspende el tratamiento de 2,5 mg de metimazol, dado que su función tiroidea es normal y los TSI son levemente positivos, 3 UI/L. Durante el primer trimestre se reactiva el hipertiroidismo y se reinicia el tratamiento con antitiroideos (propiltiouracilo en el primer trimestre y metimazol en el segundo trimestre) en la novena semana de gestación. En el segundo trimestre precisa aumentar la dosis de metimazol para el control de la enferme-

dad materna, y se asocian bisoprolol por taquicardia materna y, en la semana 26 de gestación, L-tiroxina para prevenir el hipotiroidismo materno.

El feto presenta ecografías normales hasta la semana 20 de gestación incluida, y desarrolla bocio fetal a partir de la 24. Se le controla estrechamente por endocrinología y ginecología tanto clínica como analítica y ecográficamente, y la evolución de sus parámetros se ve en la [tabla 1](#). Ante la sospecha de bocio por hipertiroidismo fetal, se va incrementando la dosis de antitiroideos.

Dado que no se controla el bocio, la dosis de antitiroideos es elevada, persisten las inmunoglobulinas estimulantes de la tiroides y no se conoce el estado tiroideo del feto, se deriva a la madre al Hospital Clínic de Barcelona para valorar indicación de cordocentesis que aclare la función tiroidea fetal y se pueda reevaluar el tratamiento materno y fetal. La cordocentesis se realiza en la semana 30⁺⁴ de gestación, y el resultado muestra un hipotiroidismo fetal (hormona estimulante de la tiroides: 49,4 mU/L; y tiroxina libre: 0,77 ng/dL), por lo que se disminuye el tratamiento con antitiroideos y se realizan inyecciones intraamnióticas de L-tiroxina, 250 µg, en dos ocasiones. La evolución del bocio es favorable y llega a desaparecer. El parto se induce en la semana 37 de gestación, y el recién nacido es sano, sin bocio y con función tiroidea normal, salvo con inmunoglobulinas estimulantes de la tiroides de 3 UI/L, que se negativizan al mes de vida.

Correspondencia:

María Chueca Guindulain
Unidad de Endocrinología Pediátrica
Hospital Universitario de Navarra

Tabla 1. Estudio materno-fetal realizado a partir de la 20 SG.

2021	MADRE					FETO	
VN	TSI (0-1,5 UI/L)	FT ₄ (0,7-1,48 ng/ dL)	FT ₃ (2,11-4,21 ng/L)	TSH (1-4 mU/L)	Dosis de antitiroideos (mg)	Ecografía tiroidea (vol.)	FC (lpm)
SG 20	>30	1,52	10,1	<0,01	25	2,8 N	160
SG 24	21	1,03	5,2	<0,01	30	5,5 bocio	160-170
SG 26	13	0,71	3,7	<0,01	40	6 bocio	160-163
SG 29	10,2	0,73	3,59	<0,01	40	7,5 bocio	155-160
SG 30⁺¹	–	–	–	–	40	8,9 bocio	155-160
SG 31⁺⁶	6	0,84	–	<0,01	10	6,9	147

FC: frecuencia cardíaca; SG: semana de gestación; FT₃: triyodotironina libre; FT₄: tiroxina libre; TSH: hormona estimulante de la tiroides; TSI: inmunoglobulina estimulante de la tiroides; VN: valor normal.

A lo largo de la presentación del caso clínico iremos profundizando en conceptos que nos permitan conocer:

- Los cambios fisiológicos en la función tiroidea materna en el embarazo y sus valores de referencia ⁽¹⁻²⁾.
- El efecto de los anticuerpos antitiroideos en el feto y cómo se espera que sea su presencia a largo del embarazo ⁽³⁾.
- El tratamiento con antitiroideos a la madre con enfermedad de Graves-Basedow: ¿la sensibilidad en el feto es igual que la de la madre? ⁽⁴⁾
- Cuándo puede aparecer el bocio fetal y por qué ⁽⁵⁾.
- Cómo distinguir si se trata de un bocio hipo- o hipertiroideo: datos de la ecográfica fetal y sus limitaciones ⁽⁶⁾.
- La medición de las hormonas tiroideas en el líquido amniótico frente a la obtenida por cordocentesis: ¿hace referencia a valores maternos o al feto? ⁽⁵⁾
- Diferencias en el tratamiento con L-tiroxina materna o intraamniótica y relación riesgo/beneficio del tratamiento con L-tiroxina intraamniótica para analizar la actuación realizada y reevaluarla ⁽⁷⁾.

Conclusión

El seguimiento de las mujeres con enfermedad de Graves-Basedow debe ser muy estrecho y el abordaje multidisciplinar, y cada profesional (ginecólogos,

endocrinos de adultos y pediátricos) debe aportar sus conocimientos para conseguir un correcto desarrollo fetal.

Bibliografía

1. Polk DH. Diagnosis and management of altered fetal thyroid status. Clin Perinatol 1994;21(3):647-62.
2. Thorpe-Beeston JG, Nicolaidis KH. Fetal thyroid function. Fetal Diagn Ther. 1993;8(1):60-72.
3. Bucci I, Giuliani C, Napolitano G. Thyroid-stimulating Hormone receptor antibodies in Pregnancy: Clinical Relevance. Front Endocrinol (Lausanne). 2017;30;8:137.
4. Iijima S. Current knowledge about the in utero and peripartum management of fetal goiter associated with maternal Graves' disease. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2019; X 3:100027.
5. Alexander EK, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 2017;27(3):315-389. PMID: 28056690.
6. Ranzini AC, et al. Ultrasonography of the fetal thyroid: nomograms based on biparietal diameter and gestational age. J Ultrasound Med. 2001. PMID: 11400935.
7. Kobayashi M, Yagasaki H, Saito T, Nemoto A, Naito A, Sugita K. Fetal goitrous hypothyroidism treated by intra-amniotic levothyroxine administration: case report and review of the literature. J Pediatr Endocrinol Metab. 2017;30(9):1001-1005.