
	SERVICIO PEDIATRÍA DEPARTAMENTO CLÍNICO-MALVARROSA	
HIPOTIROIDISMO		Endocrinología pediátrica
Julia Sánchez Zahonero, Inmaculada Tarazona Casany, Rocio García Domínguez y Ángel Valls Arévalo		V1. Mayo 2020

1. CONCEPTO

Es la disminución de la actividad biológica de las hormonas tiroideas presente al nacimiento. Si no se detecta, causa un retraso mental grave (**cretinismo**).

- En la actualidad, en nuestro país, el cretinismo es extremadamente raro gracias al cribado universal de hipotiroidismo congénito en las Maternidades de los hospitales. El papel secante que recoge la sangre del talón del neonato se envía al Laboratorio de Metabopatías del hospital La Fe. Si se detecta un hipotiroidismo, se pondrán en contacto tanto con la familia como con los hospitales de referencia **para que se inicie el tratamiento sustitutivo con levotiroxina en los primeros 15 días de vida**. Serán controlados, de por vida, por Endocrinología.
- En relación al hipotiroidismo congénito, la función fundamental desde Atención Primaria es:
 - Asegurarse de que “las pruebas del talón” están hechas y que los padres han recibido los resultados. Generalmente, suele ser así, salvo en niños con problemática social.
 - Conocer los casos en los que es necesario una 2ª prueba de talón a las 2-4 semanas de vida:
 - Prematuros de EG < 33 semanas.
 - Peso al nacimiento < 1500 g.
 - Neonatos que, al nacimiento, hayan requerido ingreso por enfermedad médica o quirúrgica grave.
 - Gemelos del mismo sexo, independientemente de su edad gestacional (ya que la mezcla de sangre fetal puede enmascarar resultados).
 - Hijos de madres con patología tiroidea pregestacional.
 - Seguramente, todos estos grupos llevarán seguimiento en la Consulta de Neonatología y dicho control se realizará allí; pero es importante conocerlo, por si algún caso se escapa al control hospitalario.

2. HIPOTIROIDISMO ADQUIRIDO

Es la disminución de la actividad biológica de las hormonas tiroideas presente más allá del nacimiento. Puede deberse a una alteración a nivel de la glándula tiroidea (hipotiroidismo primario) o a nivel hipotálamo-hipofisario (hipotiroidismo central).

La clínica en la infancia suele ser leve y cursar de forma **asintomática u oligosintomática**. Lo característico de la infancia, que no se da en la edad adulta, en la **disminución de la velocidad de crecimiento longitudinal** (el resto de síntomas, si aparecen, son iguales a los del adulto).

Interpretación de las hormonas tiroideas:

	TSH ($\mu\text{U/mL}$)	T4Libre (ng/dL)
Normal	5-9	0,90 - 1.80
Hipotiroidismo primario subclínico (TSH \uparrow y T4L normal)	≥ 10	0,90 - 1.80
Hipotiroidismo primario establecido (TSH \uparrow y T4L \downarrow)	> 10	$< 0,90$
Hipotiroidismo central (TSH \downarrow y T4L \downarrow)	$< 0,30$	$< 0,90$

3. ¿CUÁNDO DERIVAR A ENDOCRINOLOGÍA INFANTIL?

1. Cuando la **TSH $\geq 10 \mu\text{U/mL}$** , independientemente del valor de la T4L.
2. Cuando la **T4L sea $< 0,90 \text{ ng/mL}$** , independientemente del valor de la TSH.
3. Valores normales, pero límites de **TSH (entre $5-9 \mu\text{U/mL}$), en niños menores de 3 años.**
4. Cuando se observe un **bocio** de cualquier grado, independientemente del valor de las hormonas tiroideas.
5. **Anticuerpos antiperoxidasa tiroidea positivos (Ac. Anti-TPO)**, independientemente del valor de la hormonas tiroideas.

4. SEGUIMIENTO CONJUNTO ATENCIÓN PRIMARIA - ENDOCRINOLOGÍA INFANTIL

1. El seguimiento de pacientes de edad **superior a 3 años** con valores de TSH entre $5 - 9 \mu\text{U/mL}$, con T4L entre $0,90 - 1,80 \text{ ng/dL}$ y sin bocio, se realizará en Atención Primaria, puesto que no precisan tratamiento sustitutivo salvo que presenten síntomas muy llamativos. Con dichas cifras de hormonas tiroideas es **muy raro** que tengan clínica de hipotiroidismo. En estos casos, recomendamos:
 - a. Control de TSH y T4L cada 6 meses:
 - Si los niveles permanecen estables: continuar seguimiento en Atención Primaria.
 - Si apareciera con el tiempo hipotiroidismo subclínico o establecido: remitir a Endocrinología
 - b. Control anual o bianual de Ac. anti-TPO. Si en algún momento son positivos, remitir a Endocrinología.
2. Si un paciente presenta un **hipotiroidismo importante**, intentaremos darle cita lo antes posible, pero en caso de no ser así, podemos consensuar telefónicamente o por interconsulta no presencial la dosis de levotiroxina a pautar.

3. Tras haber visto al paciente en Endocrinología Infantil, una vez presenta unos niveles de hormonas tiroideas estables con una determinada dosis de levotiroxina, le solemos realizar controles de hormonas tiroideas cada 6 meses. Para no hipertrofiar la consulta de Endocrinología, proponemos la siguiente pauta:

En endocrino, lo citaremos **anualmente**, pero le daremos **dos** volantes de análisis:

- Uno con sólo THS y T4L para dentro de 6 meses, que será valorado por su pediatra de Atención Primaria:
 1. Si este análisis es normal, seguirá con la misma dosis de levotiroxina, hasta la siguiente cita, que será la anual con nosotras.
 2. Si el pediatra de AP tiene dudas sobre si hay que modificar la dosis de levotiroxina, debe contactar con nosotras por vía telefónica o por interconsulta.
- Otro análisis (+/- otras pruebas como ecografía tiroidea o rx de carpo) para ser valorado por nosotras en dicho control anual.

**NOTA: si varían, en algún momento, los valores de referencia establecidos por nuestro laboratorio, los actualizaremos en el protocolo.*

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de diagnóstico y terapéutica en Endocrinología Pediátrica. Editorial Ergon. Capítulo 36.