



VIGILÂNCIA DA TIREOTOXICOSE NEONATAL EM PREMATURO EXPOSTO AO HIPERTIREOIDISMO MATERNO NÃO TRATADO: DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Tamara Marielle de Castro¹, Andressa Nayara Degen², Felipe Sousa Silva², Vanessa Feinstauer², João Marcos Arnizaut Lima², Tiago De Freitas Rodrigues², Layla Rebeka Nascimento Lima², Paula Sayuri Quiles Yamada².

Email: tamara_mdecastro@hotmail.com

Autor principal e orientador¹: Pediatra do Hospital Universitário da ULBRA;

Co autor²: Acadêmico(a) da Universidade Luterana do Brasil- ULBRA;

INTRODUÇÃO:

A doença de Graves materna é a principal etiologia de hipertireoidismo gestacional. A transferência transplacentária de anticorpos estimuladores do receptor de tireotropina (TRAb) pode desencadear a tireotoxicose neonatal (TN), condição grave com risco de insuficiência cardíaca de alto débito e craniossinostose. Em prematuros, o diagnóstico é um desafio crítico pela imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-tireoide e sobreposição de sintomas, exigindo monitoramento laboratorial rigoroso conforme diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

DESCRIÇÃO DO CASO:

Recém-nascida feminina, prematura tardia (34 semanas e 6 dias), adequada para idade gestacional, peso ao nascer 2470g, filha de mãe com Doença de Graves não tratada. Parto vaginal, Apgar 9/9. Devido ao alto risco biológico pela ausência de frenação farmacológica materna, instituiu-se protocolo de vigilância ativa com triagem laboratorial ultraprecoce (primeiras 24 horas) de TRAb, hormônio tireoestimulante (TSH) e tiroxina livre (T4L). A paciente evoluiu com icterícia neonatal precoce (bilirrubina total 14,5 mg/dL), exigindo fototerapia. Apresentou dificuldade de sucção, sendo manejada com suporte nutricional vigoroso para compensar o potencial estado catabólico. Manteve-se hemodinamicamente estável, sob monitorização contínua de frequência cardíaca e temperatura em unidade neonatal, sem sinais fenotípicos de bócio ou exoftalmia.

DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS FINAIS:

O caso ratifica a necessidade de estratificação de risco em neonatos expostos ao hipertireoidismo materno descompensado. A ausência de tionamidas maternas antecipa a vulnerabilidade do recém-nascido, pois não há o efeito protetor das drogas que atravessam a placenta. No prematuro, a icterícia e a labilidade metabólica mascaram o hipermetabolismo, tornando a investigação laboratorial sistemática o único meio de diagnóstico pré-clínico. A aplicação rigorosa do protocolo institucional permitiu a vigilância da TN antes da instalação de sequelas irreversíveis.

A exposição ao hipertireoidismo materno não controlado exige uma transição do cuidado reativo para a identificação ativa. A execução sistemática das diretrizes da SBP é o diferencial determinante para assegurar o prognóstico neurológico e a segurança cardiovascular em neonatos criticamente expostos, mitigando os riscos inerentes à prematuridade e à patologia endócrina.

REFERÊNCIAS:

- van der Kaay DCM et al. Management of neonates born to mothers with Graves' disease. *Pediatrics*. 2020.
- Leger J, Carel JC. Hyperthyroidism in childhood: causes, clinical features and management. *Endocr Dev*. 2022.
- McGovern M et al. Neonatal thyrotoxicosis: advances in diagnosis and management. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2021.
- Maisels MJ, Bhutani VK. Neonatal jaundice and hyperbilirubinemia in preterm infants. *Clin Perinatol*. 2022.
- Hammit LL et al. Nirsevimab for prevention of RSV in infants. *N Engl J Med*. 2022.