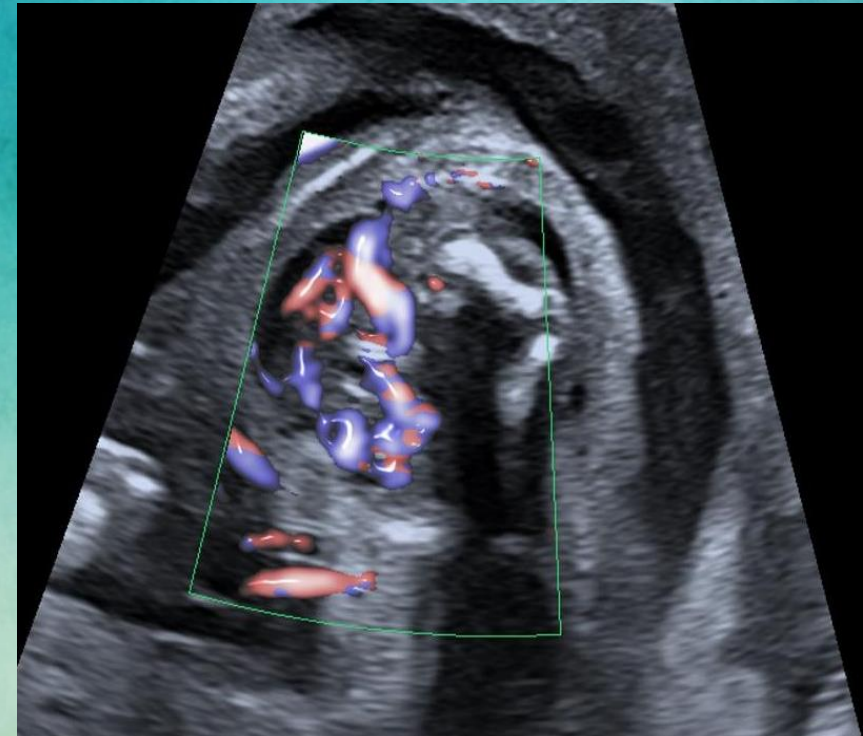


TAQUICÀRDIA I GOLL FETAL A propòsit d'un cas

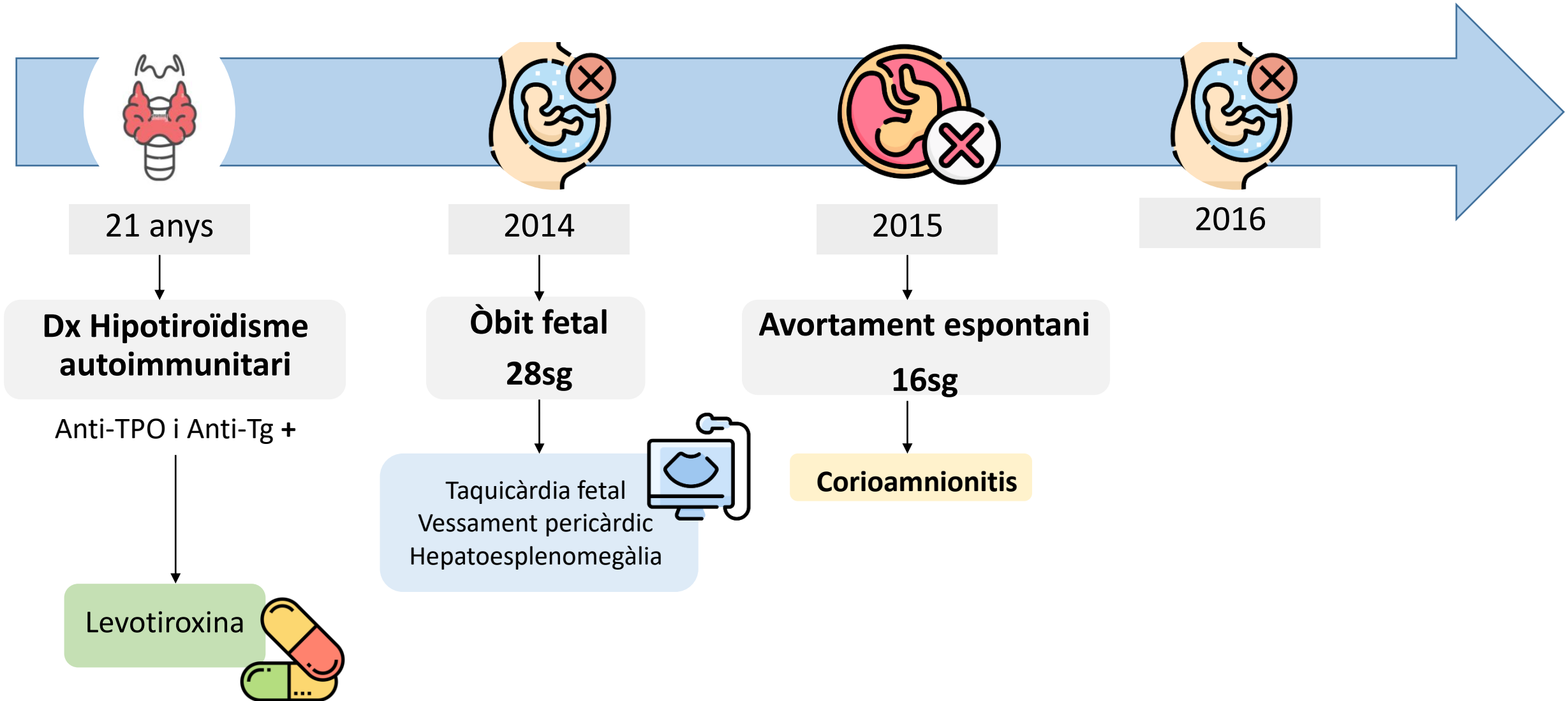
Hospital Parc Taulí de Sabadell

Eva Alberch, Montserrat Comas, Sílvia Pina, Cristina Lesmes, Anna Moreno,
Marc Zamora, Maria Grimau, Christian Maya, Manuel Corona.



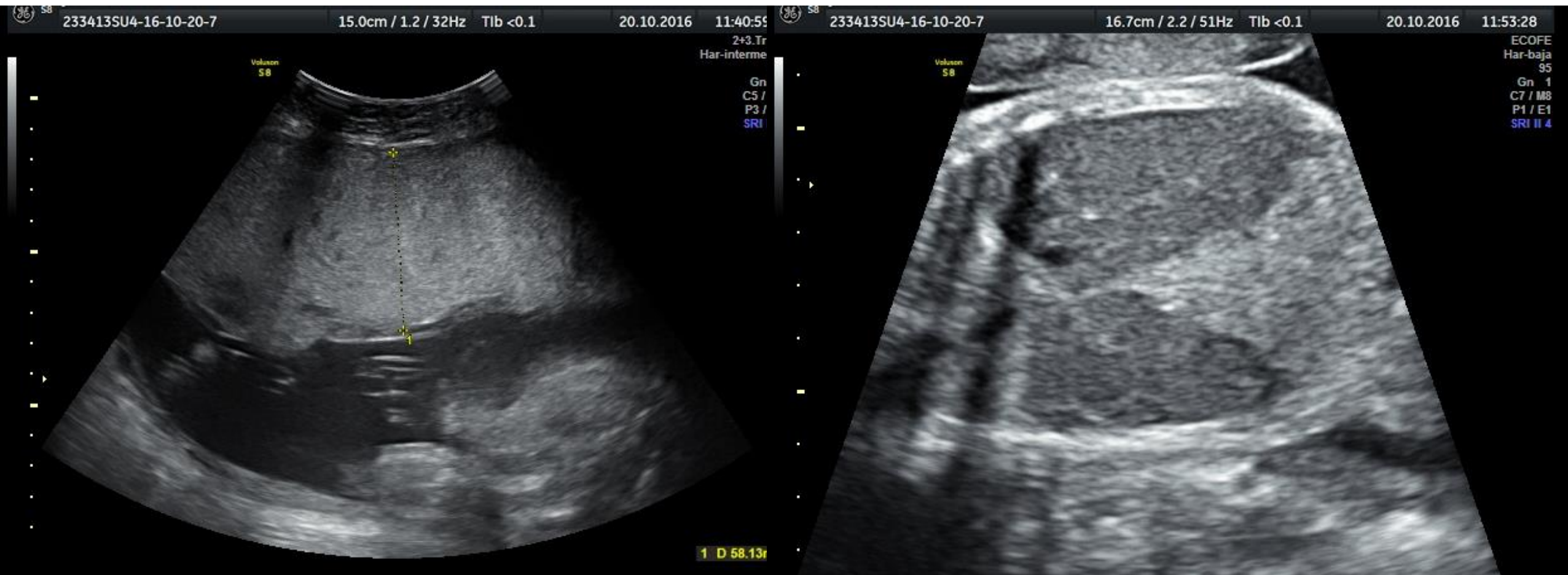
XXX Jornada de Diagnòstic Prenatal Ecogràfic
24 de març de 2023

PRESENTACIÓ DEL CAS. Antecedents materns.



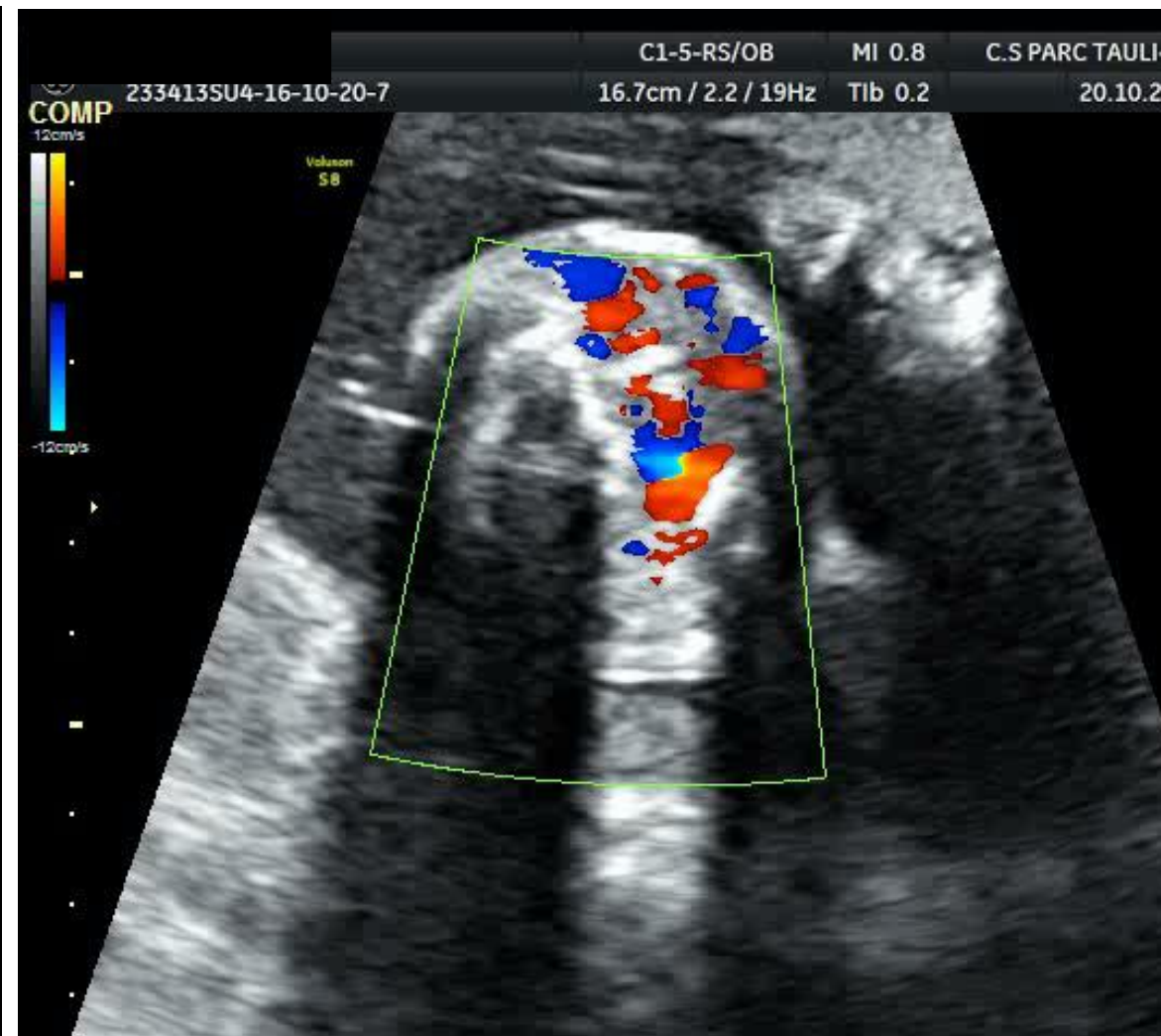
Control ecogràfic gestació 2016

27.1 sg



Control ecogràfic gestació 2016

27.1 sg



PRESENTACIÓ DEL CAS



2016

Amniocentesi → QF-PCR i Arrays normals

Òbit fetal
28.1sg

Cordocentesi → Hipertiroidisme fetal
AS materna → Ac anti- r. TSH + (422mU/ml)

Hipotiroidisme AI matern +
Ac anti- r. TSH +



2017

Tiroïdectomia total

↓ Ac anti- r.TSH +
(27-30mUI/ml)

Tiroïditis de Hashimoto



2021

Nova gestació

33a. Natural de Brasil.

TPAL: 0210

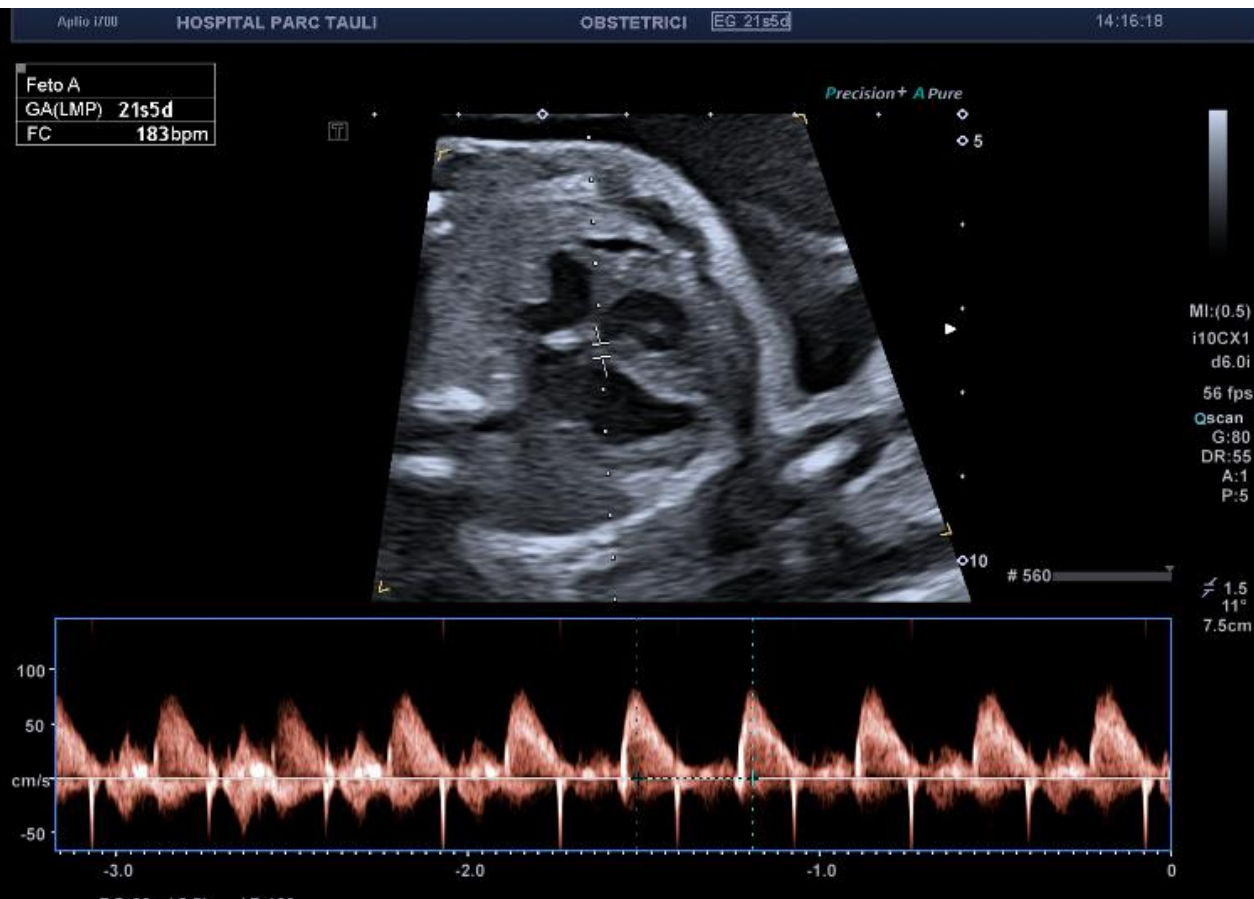
Risc gestacional: FIV, MAO

HTA → **Labetalol 100mg/12h**

Hipotiroidisme AI+ Ac TSI+ →

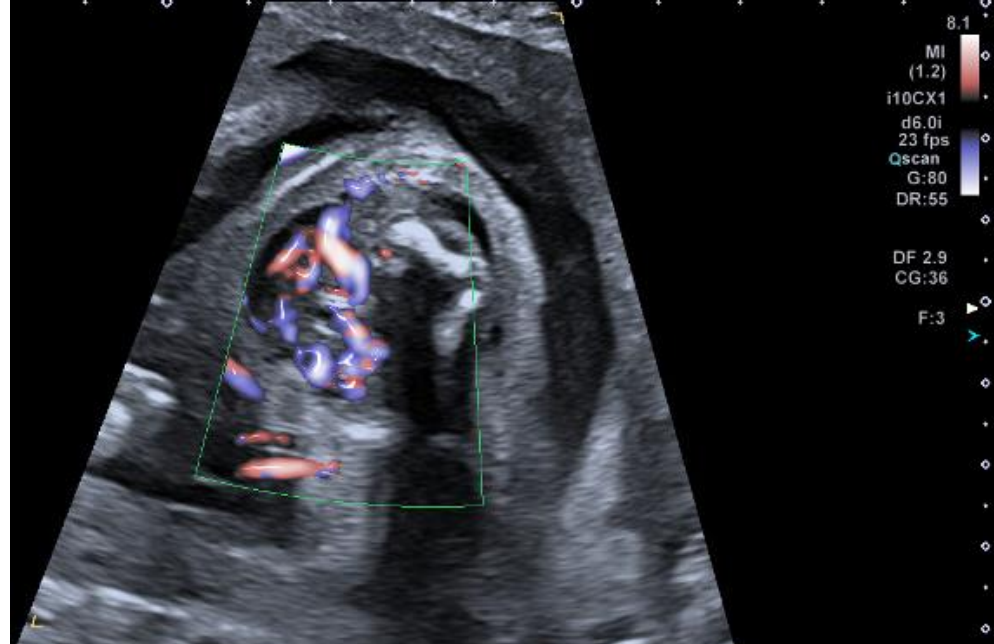
Levotiroxina → Eutiroidea

20.5 sg





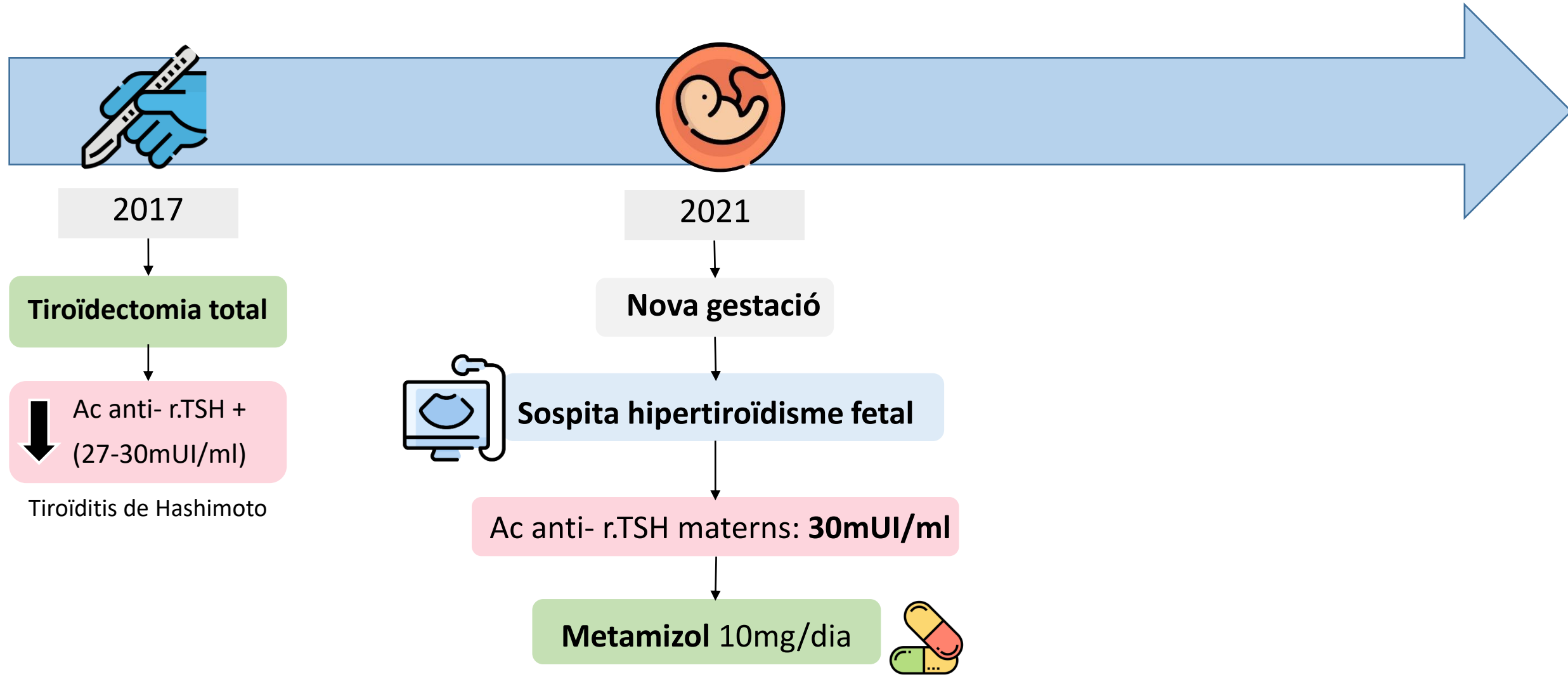
20.5 sg



GA(LMP)	20s5d
Area A	1.09cm ²
Perimetro A	37.5mm
Dist1 A	13.5mm
Dist2 A	10.3mm

Gietka-Czernel M, Dębska M, Kretowicz P, Dębski R, Zgliczyński W. Fetal thyroid in two-dimensional ultrasonography: nomograms according to gestational age and biparietal diameter. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology*, Volume 162, Issue 2, 2012, Pages 131-138.

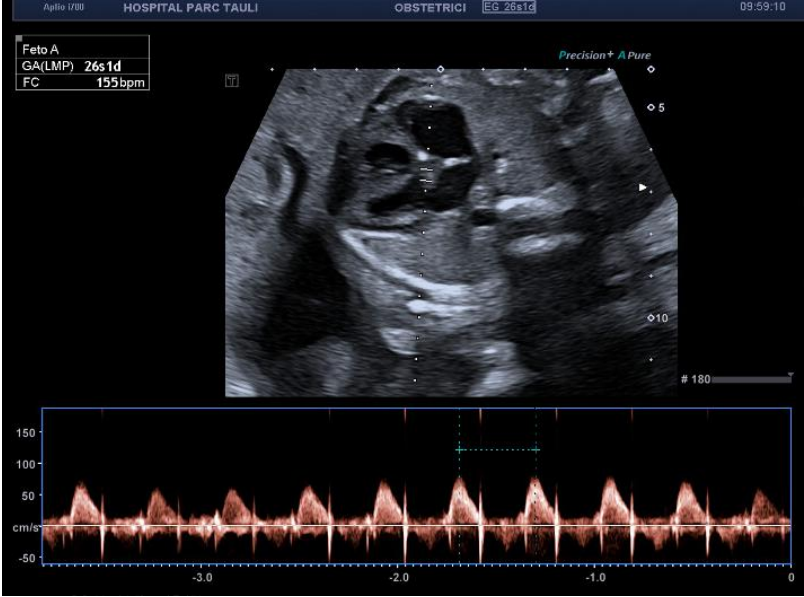
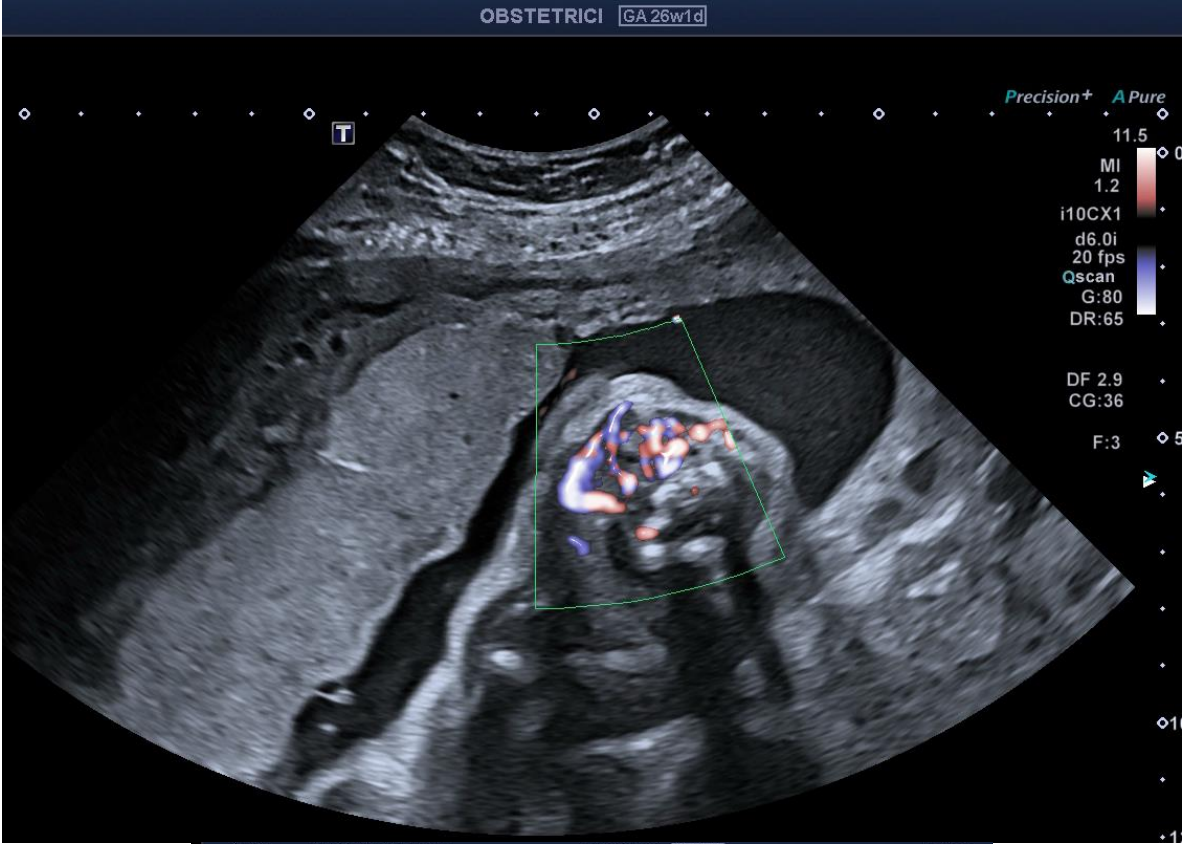
PRESENTACIÓ DEL CAS

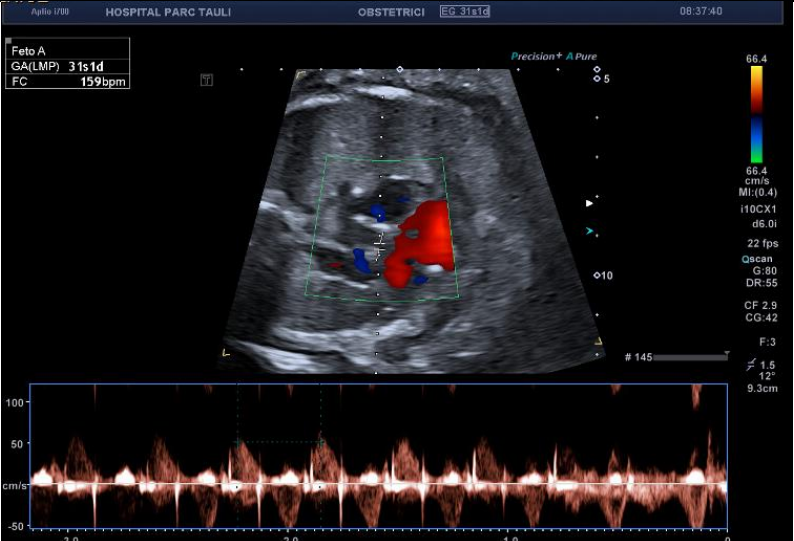
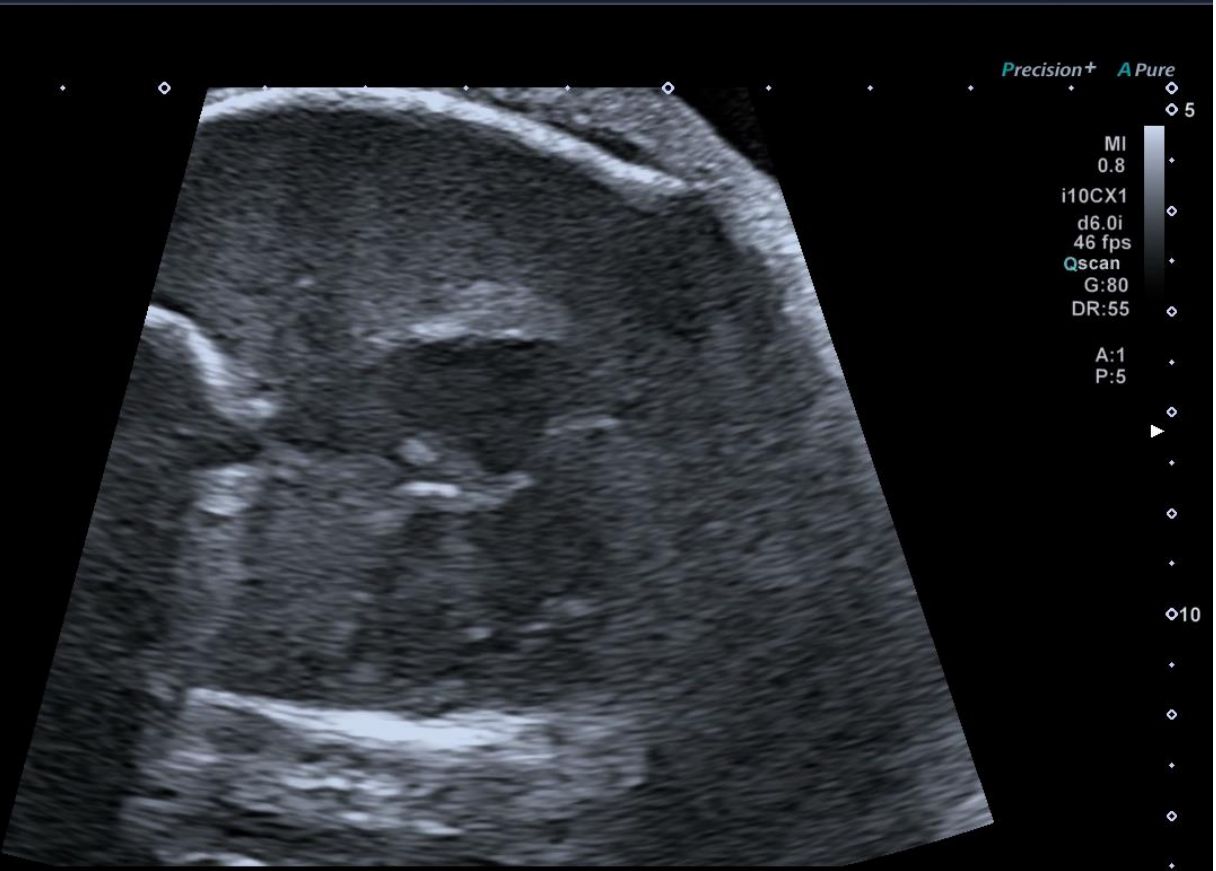




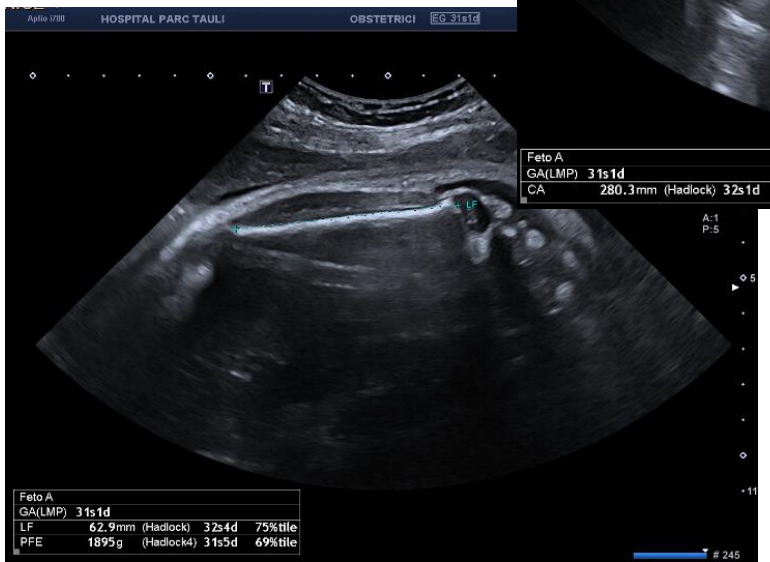
26.1 sg

GA(LMP)	26s1d
Area A	2.01cm2
Perimetro A	52.2mm
Dist1 A	12.9mm
Dist2 A	19.9mm

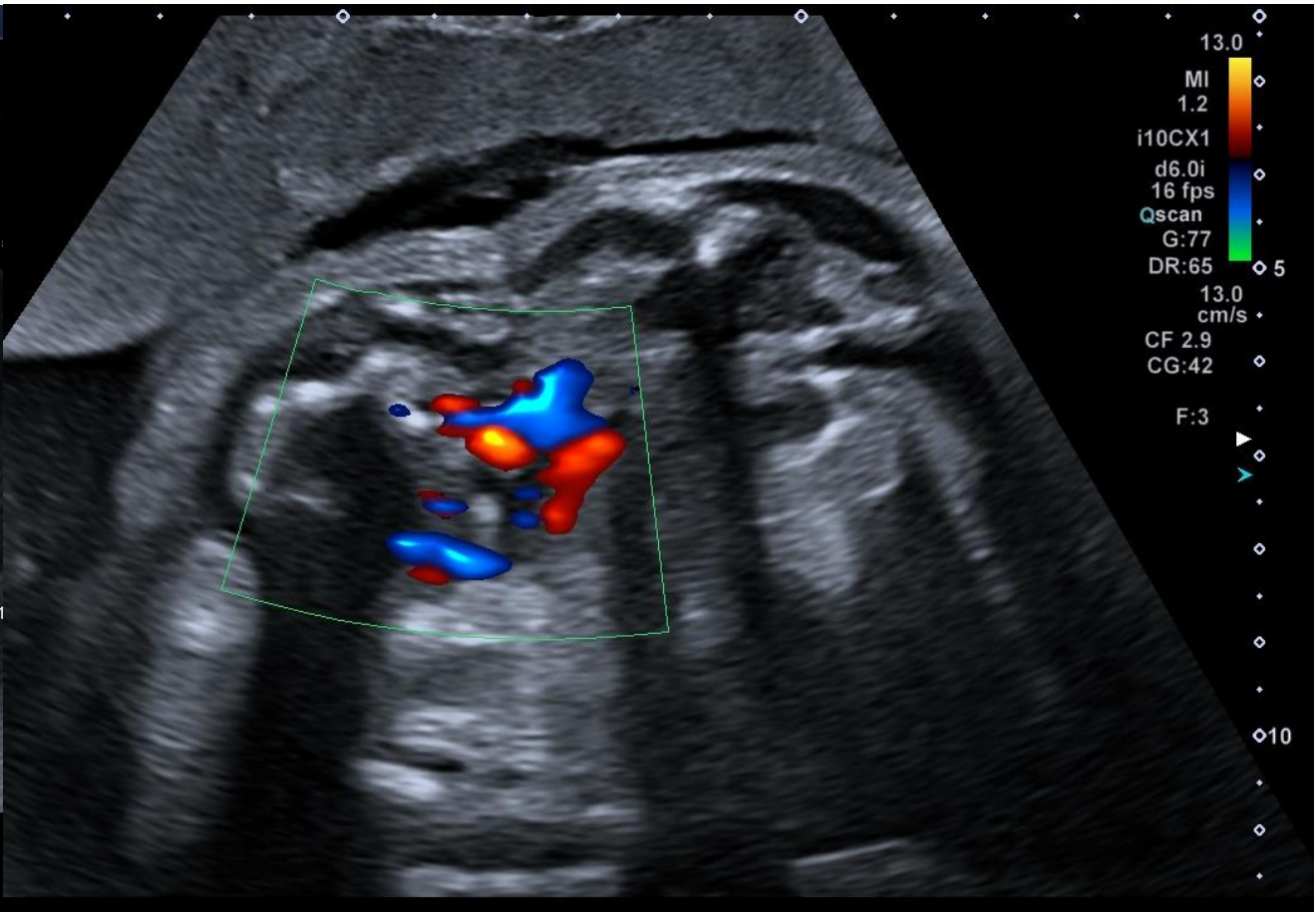
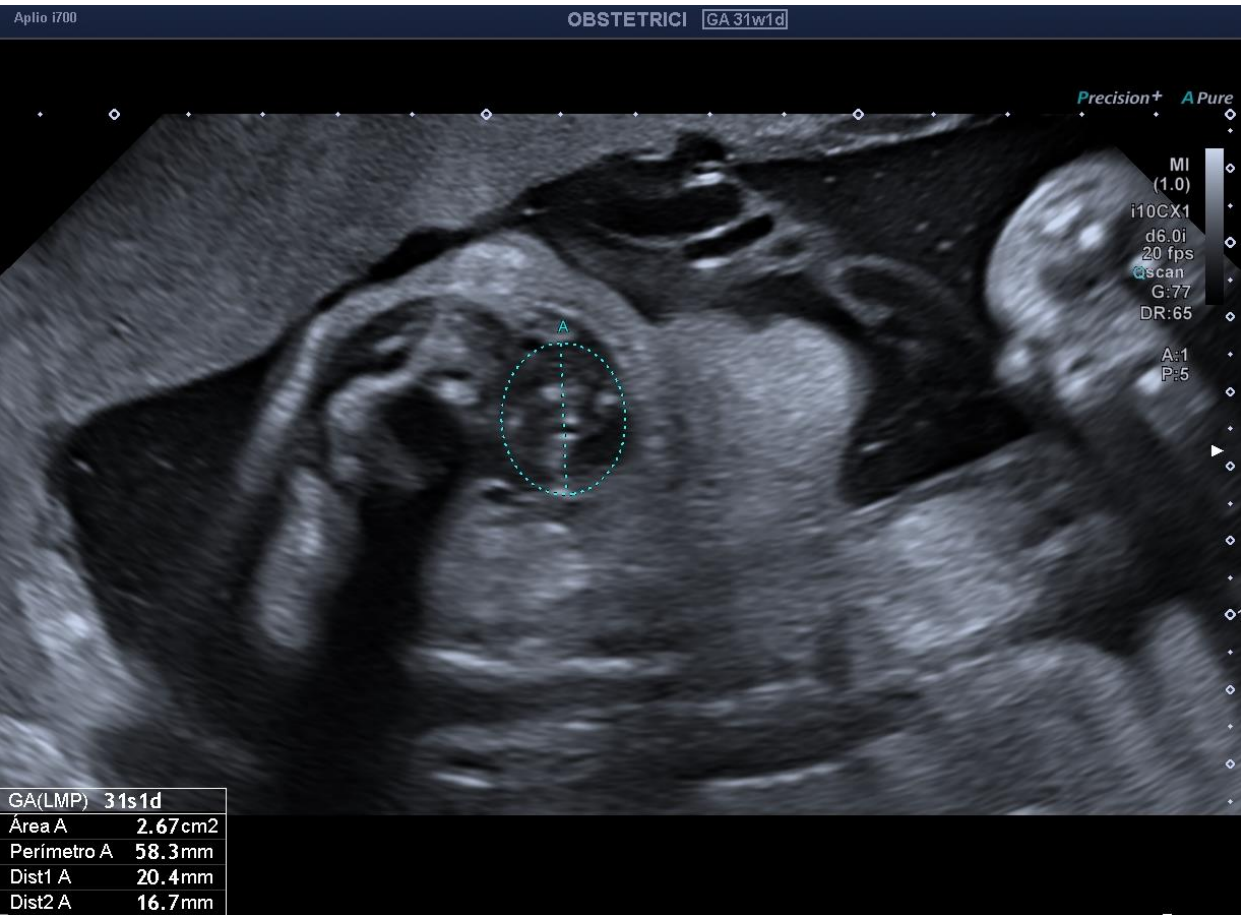




31.1 sg



31.1 sg



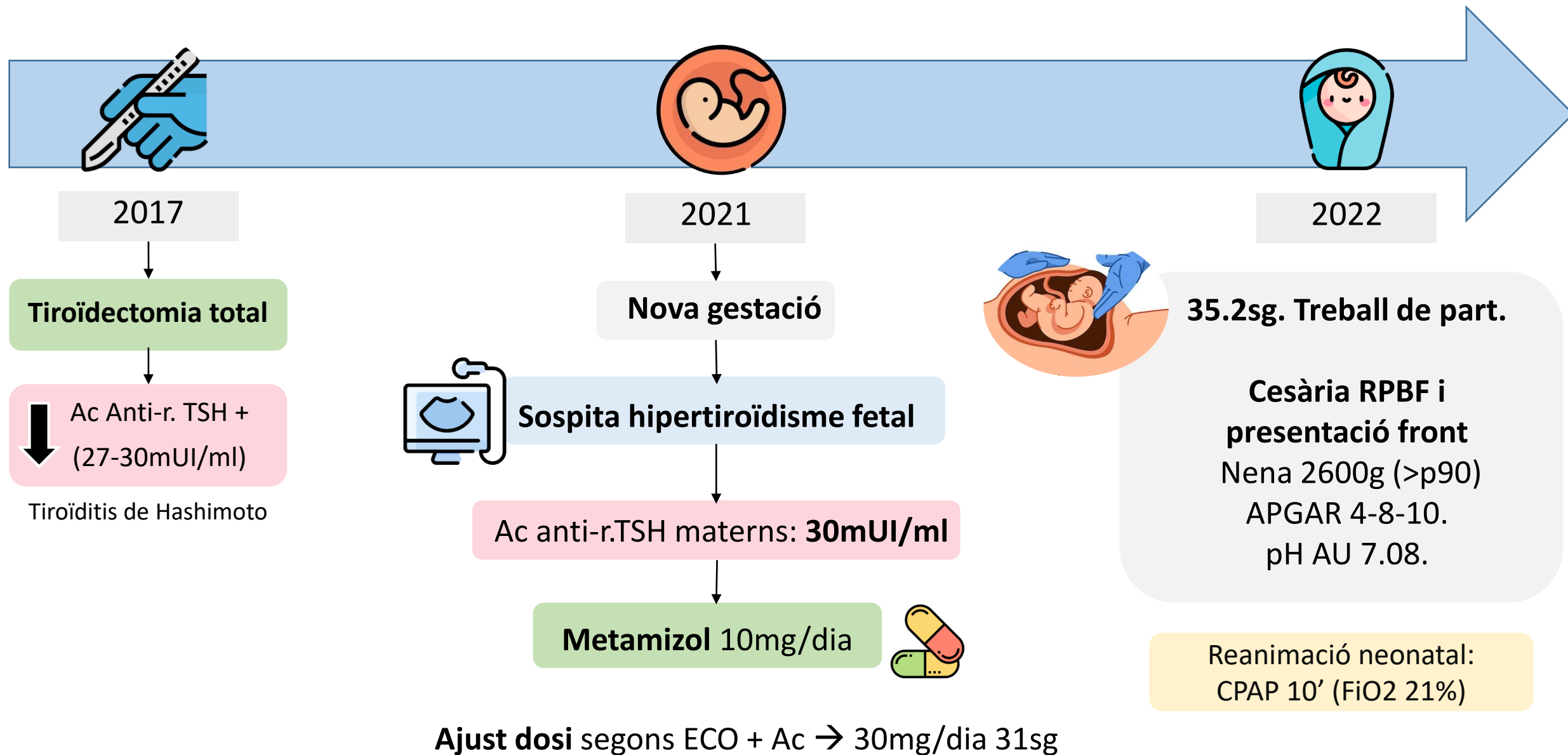
PRESENTACIÓ DEL CAS

Evolució de l'ajustament del tractament antitiroïdal segons les troballes ecogràfiques fetals.

bpm: batecs per minut; CM: Cardiomegàlia; FCF: Freqüència Cardíaca fetal; IC: Insuficiència Cardíaca; p: percentil, SG: setmanes gestacionals; VP: vessament pericàrdic.

SG	21	23	25	27	29	31	33	35
FCF (bpm)	170-190	170	150-157	150-157	140-150	155-160	150-155	157
Diàmetre tiroïdal (mm) i percentil	18 >p97.5	18 >p97.5	19 p97	20 p90	21-22 >p97.5	22 >p97.5	24 >p97.5	26 >p97.5
Àrea tiroïdal (cm ²) i percentil	1.81 >p97.5	1.78 >p97.5	1.77 >p97.5	2.72 >p97.5	2.95 >p97.5	2.7 >p97.5	3.11 >p97.5	3.92 >p97.5
Hipervascularització tiroïdal	Central	Central	Central	Central	Central	Central	Central	Central
Signes d'IC	Lleu VP	Lleu VP	No	Lleu CM	Lleu CM	No	No	No
Dosi metamizol (mg/24h)	10	20	20	25	25	30	30	25

PRESENTACIÓ DEL CAS



Estudi post-part



Exploració física

Lleu hipertelorisme. Resta normal.



4ddv. Ecografia tiroïdal: Goll

Increment mida difús ambdós lòbuls
Hipervascularització

Analítica sang de cordó umbilical

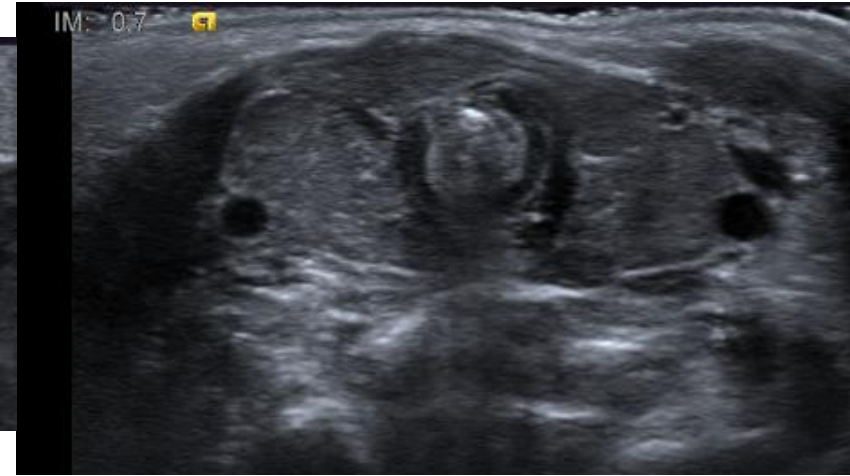
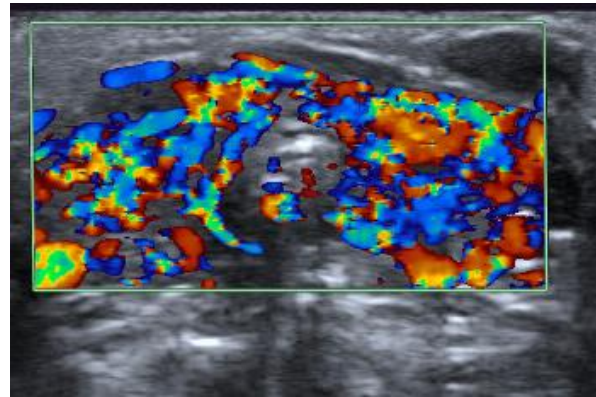
TSH **0.47** $\mu\text{U}/\text{mL}$ [3.5-10.4] ↓

FT4 1.06 ng/dL [0.75-1.5]

Ac anti-r.TSH: **26.80** mUL/mL [0-1.75] ↑

Ac anti-TPO: **87** UI/ml [0-34] ↑

Ac Anti-TG: 17 UI/ml [0-110]



2ddv. Analítica sanguínia fetal

TSH **0.21** $\mu\text{U}/\text{mL}$ [1.3-19] ↓

FT4 **3.02** ng/dL [0.8-1.9] ↑

**Hipertiroidisme
neonatal transitori**

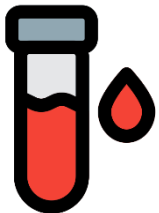
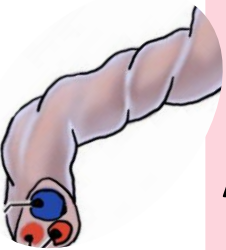
Metamizol
0.5mg/Kg/dia



2 mesos de vida:
Funció tiroïdal normal.
Ac anti-r.TSH negatius.

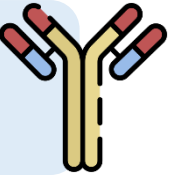
~~Metamizol~~

ALTA als 4ddv

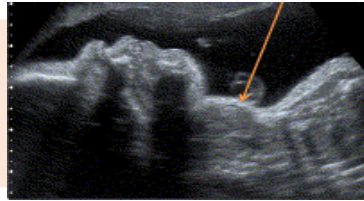


Hipertiroidisme fetal

- ❖ **Hipertiroidisme fetal:** poc prevalent (1/50.000 RN), deguda al **pas transplacentari Ac estimulants anti-r.TSH**.
- ❖ Causa principal: **Malaltia de Graves- Basedow** materna.



- ❖ **Goll fetal:** diagnòstic diferencial hiper/hipotiroidisme fetal.



Sospita hipertiroidisme fetal:

- Goll fetal hipervascularització central + TQ fetal + mare Ac anti-r.TSH positius.**



Altres signes hipertiroidisme fetal:

Maduració òssia accelerada
Increment moviments fetals
RCIU

Disfunció cardíaca (cardiomegàlica, IT, vessament pericàrdic o pleural)

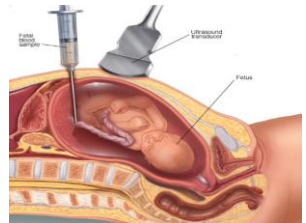
Craniosinostosi → microcefàlia

Oligohidramnis

Compressió esofàgica → polihidramnis, hídrops

Òbit fetal

- ❖ Gold Standard diagnòstic → **Cordocentesi**.
- ❖ Si dubtes hipo/hipertiroidisme o efectivitat del tractament.



- ❖ Tractament → **Antitiroïdals (propiltiouracil o metamilazol)**.
Ajustar dosi periòdicament.

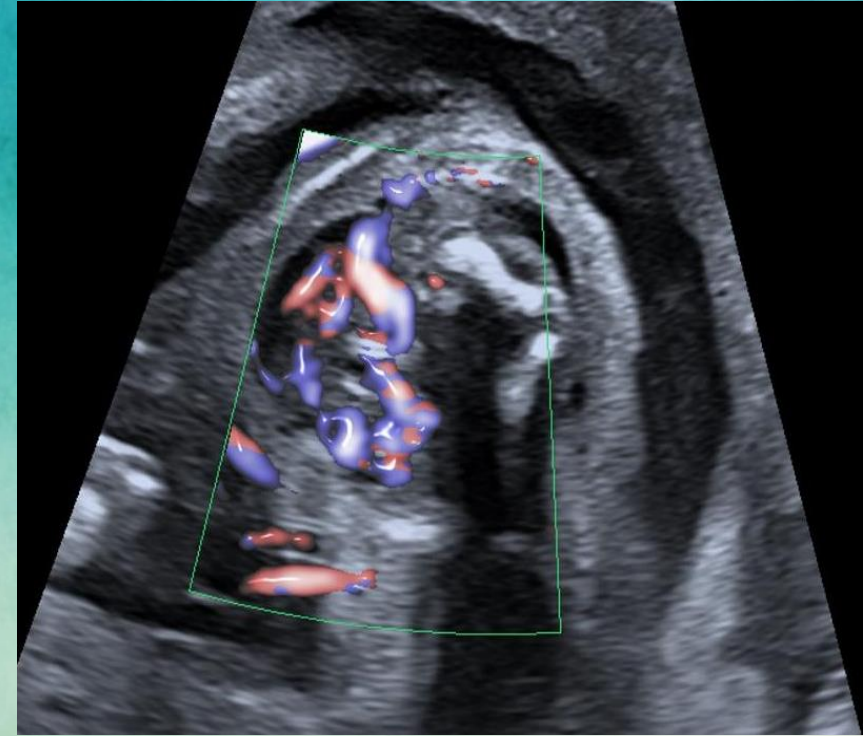


- ❖ **Hipertiroidisme neonatal transitori** → pas Ac materns.
- ❖ Tractament → **Antitiroïdals +/- beta-bloquejants**.

Take Home Messages

- ❖ Malaltia poc prevalent deguda al **pas transplacentari Ac estimulants Anti-Receptor TSH**.
- ❖ Sospita hipertiroïdisme fetal:
Goll fetal hipervascularització central + TQ fetal + mare Ac anti-r. TSH positius
- ❖ **Goll fetal** → Diagnòstic diferencial hipo vs. hipertiroïdisme.
- ❖ Cas atípic: mare hipotiroïdea per tiroïditis de Hashimoto → **9% anti- r.TSH positius.**
- ❖ Ac TSI: Mares **hipotiroïdisme** però **signes hipertiroïdisme fetal o mals antecedents obstètrics.**
- ❖ Bons resultats obstètrics:
 - **Diagnòstic Ac anti-r.TSH + en gestació prèvia.**
 - **Tiroïdectomia pre-gestacional** → disminució Ac materns.
 - **Diagnòstic precoç** signes d'hipertiroïdisme fetal.
 - **Tractament farmacològic** antitiroïdal.

Gràcies per l'atenció



XXX Jornada de Diagnòstic Prenatal Ecogràfic
24 de març de 2023