HIPOTIROIDISMO

(Revisión de 19 casos)

Drs. OSCAR ALONSO, ENRIQUE MUNDT y RENATO GONZALEZ

Hospital "Enrique Deformes". Valparaíso.

Durante los últimos años hemos tenido oportunidad de estudiar y controlar, tanto en el Departamento de Endocrinología del Servicio de Medicina, como en el Policlínico de Endocrinología del Servicio de Pediatría del Hospital E. Deformes de Valparaíso, algunos casos de hipotiroidismo. La importancia clínica, endocrinológica y social que esta afección presenta nos ha permitido recopilar estas observaciones para un mejor conocimiento de esta enfermedad en nuestro medio.

MATERIAL

Hemos reunido un total de 19 enfermos, 12 mujeres y 7 varones, cuyas edades fluctuaban entre el año y 23 años. Solamente en 5 de ellos se hizo el diagnóstico antes de los 2 años de edad, en los demás hubo demora que variaba entre los 2 y 16 años antes de iniciar el tratamiento, hecho que tiene gran importancia para el pronóstico.

CUADRO CLÍNICO

En casi todos los casos la enfermedad se inició antes del primer año de vida y solamente en dos se pudo precisar su comienzo en época posterior. Como los datos anamnésicos relacionados con el desarrollo psicomotor son difíciles de precisar, no se puede asegurar a ciencia cierta que el hipotiroidismo de los 17 restantes haya sido congénito pero, si se considera que existe un impulso normal de crecimiento al nacer, se puede aceptar que todos estos casos, cuyo comienzo aparente fué a temprana edad, hayan tenido una causa genética.

Todos eran de corta estatura, desproporcionados, con tallas fluctuantes entre el 59,5 y el 93% de la estatura media normal para la edad cronológica, siendo tanto mayor el déficit cuanto mayor era el tiempo de duración del hipotiroidismo. Todos tenían el cráneo relativamente

grande y las extremidades proporcionalmente cortas. Existía también sobrepeso en relación a la talla.

En ningún caso faltó la facies cretinoides y la infiltración mixedematosa de la piel pero, hay que señalar que esta última fué tanto menos acentuada cuanto más jóvenes eran los pacientes.

En uno de ellos existía diaforesis más o menos acentuada. El cabello era opaco, con excepción de dos que lo tenían brillantes y la piel era seca y áspera, con zonas de hiperqueratosis. En ningún caso se encontró la caída del cabello que con tanta frecuencia se suele observar en el adulto hipotiroideo y, más aún, como signo casi constante, se consignó hipertricosis acentuada.

Ninguno de ellos presentaba bocio. Sólo en dos existían antecedentes familiares bociosos y tres provenían de regiones reconocidas como bociógenas.

En todos los enfermos se constató el "tono vital lento", expresión de Maraño que se refiere al conjunto de signos representados por: torpor psíquico, frialdad afectiva, palabra lenta, inapetencia, estreñimiento, lentitud del pulso, etc.

El retraso en la evolución estático-dinámica era acentuada. En todos ellos existían antecedentes de postergación en la capacidad para sostener la cabeza erguida, estirar las piernas y deambular. Así también fué evidente la tardía articulación de la palabra, lo mismo que la aparición de las primera y segunda dentición.

A pesar de haberse presentado los cuadros en forma tan característica, los errores de diagnóstico fueron muy grandes y por ello gran parte de los pacientes fueron enviados tardíamente a nuestro control. En los 11 casos más recientes, el diagnóstico se hizo en la primera consulta o fué sospechado, en cambio, en todos los demás el síndrome había pasado por alto, pudiéndose apreciar su frecuente confusión con el raquitismo (5 niños).

ESTUDIO DEL ESQUELETO

Especial interés mereció el estudio radiológico de los niños hipotiroideos. Pudimos comprobar un gran retraso en la edad ósea. En dos enfermitos de 4 y 5 años de edad había un desarrollo óseo correspondiente a la edad de recién nacido. Sólo en uno de ellos los núcleos de osificación correspondían a la edad cronológica, pero fué debido a que había sido sometido a tratamiento, aunque llevado en forma insuficiente.

La disgenesia epifisiaria estuvo presente en 5 casos. Hemos podido observar que ella no se localiza solamente en las cabezas femorales, sino que suele ser múltiple, compromete también a las epífisis de las rodillas, trocánter mayor, etc. La disgenesia de la cabeza femoral, que aparece achatada y con aspecto moteado, la hemos observado solamente en los casos más inveterados, cuyo diagnóstico se hizo después de los nueve años de vida. En la mano de un niño de 10 años, que tenía un carpo correspondiente al de dos años, después de haber iniciado el tratamiento aparecieron núcleos metacarpianos de aspecto moteado.

Radiológicamente es casi imposible distinguir la disgenesia epifisiaria del hipotiroideo de aquella que se presenta en la enfermedad de Perthes. Tuvimos la oportunidad de observar un hipotiroidismo típico con lesión radiológica unilateral de la cadera izquierda, caracterizada por aplastamiento y aspecto moteado de la cabeza femoral. Por el hecho de existir antecedentes de traumatismo en esa región, dolor y claudicación y por no haber mejorado con el tratamiento tiroideo sino que por el ortopédico, llegamos a la conclusión que se trataba de una enfermedad de Perthes en un individuo que además presentaba un hipotiroidismo.

MALFORMACIONES CONGENITAS ASOCIADAS

En nueve niños se constataron hernias umbilicales. Pensamos que no debería considerarse este defecto como una malformación congénita agregada al hipotiroidismo, sino como una manifestación de persistencia del estado de recién nacido, un signo de inmadurez. Un enfermo presentó quistes en el timo y párpados. Una criptorquidea y en tres casos cardiopatías congénitas.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

El metabolismo basal fué bajo (entre —13 y —37%) en 7 de 8 mediciones practicadas. La colesterolemia fué investigada en 13 casos. En 8 estaba bajo 2 gr% y en 5 entre 2,04 y 2,89%. Con estos datos, excluimos, en nuestro medio, a la hipercolesterinemia como alteración frecuente en la insuficiencia tiroidea infantil. Lo inverso suele observarse en el adulto.

El hemograma fué estudiado en 16 casos, comprobándose anemia entre 3 y 4 millones en 10 de ellos. La linfocitosis aumentada se encontró en 5 niños.

El aumento de tamaño de la silueta cardíaca fué comprobado en 6 de 11 niños examinados, de los cuales 3 presentaban cardiopatías congénitas.

TRATAMIENTO Y SUS RESULTADOS

En los niños menores se usaron dosis de extractos tiroideos que fluctuaron entre 10 a 30 unidades. En los mayores fueron frecuentes dosis más elevadas.

Cuatro hipotiroideos no se han controlado porque están recientemente en tratamiento. En los 15 restantes el tiempo de observación fué de 11 meses hasta 9 años.

Ha llamado la atención la rapidez del desarrollo estático-dinámico. Los primeros síntomas en desaparecer fueron aquellos que han sido catalogados como incluidos en el concepto de "tono vital lento". En el curso del primer mes de tratamiento, los niños apáticos, tranquilos, indiferentes, se tornaban inquietos, irritables, movedizos y se preocupaban del medio que los rodeaba. Eso sí, ha llamado la atención la persistencia de un estado infantil de sus aficiones por los juegos y entretenciones.

El peso sufrió una caída inicial de varios kilos, de duración de 2 a 9 meses. La explicación está en la fusión del mixedema, por lo tanto es un hecho normal, consecutivo al tratamiento y debe advertirse a los padres, para que no se alarmen ni suspendan el tratamiento al creerlo perjudicial.

El control de la estatura es importantísimo para aquilatar la terapéutica. Consideramos como correcta aquella dosis de extracto tiroideo que induce a un crecimiento de 50 a 100% superior al normal para la edad del paciente, en lo que se

refiere a su velocidad. Este resultado se obtuvo en la mitad de los enfermos, sin que se produjeran signos de intoxicación. En el resto de los niños el resultado no fué tan satisfactorio por no haberse administrado dosis suficientes o por interrupción sin indicación médica. Sin embargo, a pesar de haber recibido dosis aparentemente suficientes, ninguno de los hipotiroideos alcanzó a recuperar el 100 por ciento del déficit estatural; todos quedaron por debajo de la media normal para la edad. Es natural pensar que en aquellos enfermos de corta edad y con aún poco tiempo de observación, se pueda a la larga conseguir una normalización, pero en aquellos con diagnóstico tardío esto no se puede esperar, ni se pudo conseguir, ya que al sobrevenir la pubertad comienza la osificación de los centros de crecimiento, hecho que hace detener el progreso de la estatura.

El desarrollo sexual se produjo rápidamente, al cabo de pocas semanas, en niños que ya estaban en edad para presentarlo, de modo que en ninguno estuvo atrasada la pubertad. Por supuesto que nos referimos a un atraso que se pueda considerar como acentuado. Incluso en una paciente, cuyo diagnóstico se estableció recién a los 23 años, la menarquia había aparecido a los 15. Es pues posible decir, en líneas generales que la pubertad se compromete en forma poco manifiesta en el hipotiroidismo infantil.

La maduración ósea resultó ser, tal como está descrito, muy sensible al hormón tiroideo. Ya se dijo que el atraso de la osificación fué mucho mayor que el déficit estatural. Pues bien, a la inversa, la maduración ósea se hizo mucho más rápida, al administrar el extracto, que al crecimiento estatural. Prueba de esto se encuentra en los casos tratados insuficientemente, los cuales crecieron en tan poca proporción que a la postre tenían un déficit estatural proporcionalmente mayor que al comienzo de la medicación y a pesar de ello la osificación progresó con rapidez, recuperándose en ellos la velocidad de maduración ósea. Otro hecho que demuestra la sensibilidad de los núcleos fué el caso de una hipotiroidea de 3 años de edad que llegó a nuestra consulta porque se había suspendido el tratamiento, sin indicación médica, y sin embargo, su

edad ósea era normal. Esta mayor sensibilidad del esqueleto explica el por qué en los casos tratados tardíamente no se consigue el crecimiento adecuado, pues la osificación total se hace muy rápidamente. Esta es también la razón por la cual se hace indispensable dar una dosis de extracto tiroideo lo suficientemente alta como para obtener crecimiento entre el 50 y 100% superior al normal: si no se hace así el déficit estatural se mantiene o se acentúa, mientras la osificación progresa hasta la soldadura de las epífisis, quedando el niño definitivamente enano.

La disgenesia epifisaria mejoró en todos los casos, pero persistió un ligero achatamiento de la cabeza femoral.

El problema más serio que se nos presentó fué el relacionado con el desarrollo intelectual. En los casos cuyo defecto principió después del año de edad, este se recuperó en buena forma. En los individuos afectados de hipotiroidismo congénito el progreso psíquico fué muy distinto. En algunos satisfactorio, en otros persistió oligofrenia más o menos acentuada. No podemos decir si esto está en relación con mayor o menor precocidad en el diagnóstico o si existen alteraciones neurológicas de otra naturaleza: de nuestra casuística no podemos deducir nada claro en este sentido. Pero hay más: tenemos la impresión que el déficit intelectual con que quedan estos niños no se debe simplemente a verdadera oligofrenia sino a una falta de aprendizaje debido al largo período de hipotiroidismo en que han pasado los primeros años de su vida. Para corregir esto habría sido necesario colocarlo en colegios especializados en niños atrasados, ya que en las escuelas corrientes se encuentran desambientados por la falta de congruencia entre la edad cronológica y su desarrollo somático o intelectual, en relación a los otros niños. Desgraciadamente no nos fué posible hacer nada en este sentido. Esta desproporción hay que tenerla muy presente al aconsejar a los padres y educadores y es preciso contar con el hecho muy lamentable que el desarrollo psíquico avanza mucho más lentamente que el somático. El caso más patente lo tuvimos en un hipotiroideo congénito cuyo tratamiento se inició recién a los 15 años de edad; cuando tenía 19 era ya un hombre somático y se-

xualmente maduro, sin aspecto de verdadero enano y fué necesario hacerlo eximir del servicio militar porque aún tenía gustos por los juegos infantiles.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se revisó el cuadro clínico y evolución de 19 hipotiroideos infantiles. En todos se constató el síndrome del "Tono vital lento", atraso en el desarrollo estático-dinámico, talla corta y desproporcionada. Se hace resaltar que la disgenesia epifisaria suele aparecer en diferentes núcleos de osificación. Es frecuente la hipertrichosis. Los primeros signos en desaparecer con el tratamiento son los correspondientes al "Tono vital lento". La maduración de los núcleos de osificación es mucho más rápida que la recuperación de la velocidad de crecimiento. Se insiste en que debe usarse dosis de extractos tiroideos suficientes para provocar velocidad de crecimiento superior al término medio normal para la edad. Se cita el hallazgo de una enfermedad de Perthes asociada a hipotiroidismo. Se insiste en la necesidad de combinar el tratamiento pedagógico al opoterápico, con el objeto de conseguir la mejoría del déficit intelectual.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The clinical picture and evolution of 19 infantile hypothyreoses are reviewed. The syndrome of the "sluggish vital tonus", delay of the static-dynamic development, short and disproportionate stature are present in all of them. It is stressed that the epiphyseal dysgenesis usually appears in different centers of ossification. The hypertrichosis is frequent. The first signs which disappear with treatment, are those corresponding

to the "sluggish vital tonus". Maturation of the ossification centers is much more rapid than the recovery of growth impulse. It is emphasized that thyroid extracts sufficient for producing a growth impulse superior to the normal average of age, are to be used. The finding of a Perthes' disease associated with hypothyreosis is mentioned. Pedagogical treatment with opotherapy for the improvement of the intellectual deficit, is emphasized.

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Krankheitsbild und -verlauf von 19 kindlichen Hypothyreosen wurden überprüft. Bei allen wurden das Syndrom des "verlangsamten Vitaltonus", eine Verzögerung der statisch-dynamischen Entwicklung, ein gedrungener und unproportionierter Körperbau konstatiert. Hervorgehoben wird, dass die Epiphysen-Dysgenese an verschiedenen Ossifikationskernen aufzutreten pflegt. Hypertrichose ist häufig. Die Zeichen, die unter der Behandlung zuerst verschwinden, sind die dem "verlangsamten Vitaltonus" entsprechenden. Die Reifung der Ossifikationskerne geht viel rascher vorstatten als die Wiederaufholung der Wachstumsgeschwindigkeit. Die Notwendigkeit, Dosen von Schilddrüsen-Extrakten zu verwenden, die ausreichen, um eine grössere als den für das Alter normalen durchschnittliche Wachstumsgeschwindigkeit hervorzurufen, wird betont. Der Befund einer neben der Hypothyreose bestehenden Perthes'schen Krankheit wird erwähnt. Die Notwendigkeit, paedagogische Behandlung mit Opothérapie zu kombinieren, um eine Besserung der geistigen Minderwertigkeit zu erreichen, wird betont.