

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 16/01/2026 | aceito: 18/01/2026 | publicação: 20/01/2026

Tireotoxicose Neonatal em Recém-Nascido Filho de Mãe com Doença de Graves: Relato de Caso

Neonatal Thyrotoxicosis in a Newborn Infant of a Mother with Graves' Disease: Case Report

Mariany de Oliveira Gomes – Hospital Regional de Taguatinga – ogmariany@gmail.com

Gabriela Wander de Almeida Braga - Hospital Regional de Taguatinga -
gabi_wabraba@gmail.com

Ibrahim Daoud Elias Filho - Hospital Regional de Taguatinga – ibrahimdfilho@gmail.com

Renato Resende Mundim - Hospital Regional de Taguatinga – renatoresend03@gmail.com

Iuri Leão Almeida - Hospital Regional de Taguatinga – iurileo@gmail.com

Resumo

Relata-se o caso de um recém-nascido do sexo masculino, prematuro tardio e pequeno para a idade gestacional, filho de mãe portadora de doença de Graves, que apresentou quadro clínico e laboratorial compatível com tireotoxicose neonatal. O diagnóstico foi confirmado por meio de exames laboratoriais, e o tratamento realizado com droga de ação anti-tiroideana comprovada em boa resposta clínica. O caso enfatiza a importância do rastreamento e do acompanhamento de recém-nascidos expostos à doença tireoidiana materna, uma vez que o reconhecimento e o manejo precoce são determinantes para um prognóstico favorável.

Palavras-chave: Tireotoxicose neonatal; Doença de Graves; Recém-nascido; Hipertireoidismo congênito.

Abstract

This is a case report of a late preterm, small-for-gestational-age male newborn, born to a mother with Graves' disease, who presented with clinical and laboratory findings consistent with neonatal thyrotoxicosis. The diagnosis was confirmed through laboratory evaluation, and therapeutic management with antithyroid medication led to a favorable clinical response. This case reinforces the importance of screening and monitoring newborns exposed to maternal thyroid disease, as early recognition and management are crucial for a good prognosis.

Keywords: Neonatal thyrotoxicosis; Graves' disease; Newborn; Congenital hyperthyroidism.

Introdução

A tireotoxicose neonatal é uma condição rara, decorrente da passagem transplacentária de anticorpos estimulantes do receptor de TSH (TRAb) de mães portadoras da doença de Graves. Estudos recentes apontam que a avaliação dos níveis séricos de TRAb materno no terceiro trimestre da gestação é o principal fator preditivo para a ocorrência de tireotoxicose neonatal, permitindo identificar gestantes de alto risco e planejar o manejo neonatal imediato (WATANABE et al., 2022).

Essa condição afeta cerca de 1 a 5% dos recém-nascidos de mães que apresentam doença ativa (VELASQUE; SAAB; LORENZI, 2023) (FREIRE et al., 2023). O desenvolvimento da ultrassonografia fetal e da dopplerfluxometria possibilitou o diagnóstico precoce de bócio fetal e disfunções tireoidianas intrauterinas (CHEN et al., 2021). Além disso, pesquisas recentes destacaram a necessidade de distinguir a tireotoxicose transitória de formas congênitas permanentes, uma vez que

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 16/01/2026 | aceito: 18/01/2026 | publicação: 20/01/2026

o manejo clínico e o prognóstico aumentam consideravelmente (KASSIM et al., 2020).

Embora transitória na maioria dos casos, pode cursar com manifestações graves como taquicardia, irritabilidade, falha de crescimento e insuficiência cardíaca, exigindo aborto clínico e tratamento precoce (TEIXEIRA et al., 2012), devido à sua alta mortalidade (10-12%) (CALABRIA et al., [s.d.]). O diagnóstico e o início imediato da terapia antitireoidiana reduziram significativamente a morbimortalidade (TEIXEIRA et al., 2012).

Com base nisso, constata-se a importância do acompanhamento conjunto entre obstetra, endocrinologista e neonatologista para reduzir a mortalidade neonatal e as sequelas neurocognitivas (MATSUMOTO et al., 2022).

Relato do Caso

Recém-nascido masculino, J.A.A.L, nascido em 06/02/2025, parto vaginal, bolsa rotativa de 16 horas, APGAR 8/9, idade gestacional de 35 semanas e 3 dias (datado pelo método Capurro), peso de nascimento 1.670 g, estatura 42,5 cm e PC 28,5 cm, classificado como pequeno para idade gestacional (PIG) simétrico. Filho de mãe de 36 anos, com doença de Graves em uso de tapazol antes da gestação, interrompido no primeiro trimestre, e histórico de sífilis gestacional tratada especialmente. Nas primeiras horas de vida, apresentou tremores de extremidades e irritabilidade. Solicitados exames laboratoriais com presença de hipoglicemia (56 mg/dl em glicemia capilar) e politemia, sendo necessária exsanguinotransfusão parcial. Em 07/02, apresentou vômitos após dieta, taquicardia, alívio, tremores nas extremidades e febre (Temperatura axilar: 38,8°C). Exames laboratoriais evidenciaram T4 livre aumentado e TSH suprimido, confirmando tireotoxicose neonatal. Foi iniciado metimazol (dose de 1 mg/kg/dia) em acompanhamento pela endocrinologia pediátrica. Durante a internação, o paciente apresentou colestase transitória, descartadas causas infecciosas e metabólicas, aceitação Ursacol até resolução do quadro. Ecocardiograma mostrou forame oval patente, sem outras alterações estruturais. A criança manteve acompanhamento ambulatorial, com ganho ponderal progressivo, sem novos episódios de descompensação clínica. Exames subsequentes foram corrigidos para normalização dos níveis hormonais, permitindo redução gradual do metimazol sob supervisão médica até sua suspensão total.

Discussão

A tireotoxicose neonatal é uma manifestação transitória da autoimunidade materna, e seu curso depende da concentração e duração da exposição fetal aos anticorpos estimulantes (FREIRE et al., 2023). A principal causa é a doença de Graves materna com passagem transplacentária do anticorpo antirreceptor de TSH estimulante (TRAb). O elevado nível de TRAb resulta em

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 16/01/2026 | aceito: 18/01/2026 | publicação: 20/01/2026

hipertireoidismo no feto a partir do 2º trimestre da gestação, quando este apresenta receptores para o TSH na glândula tireóide que respondem ao TRAb materno resultando em sua hiperfunção.

A ecografia obstétrica pode detectar alterações sugestivas de disfunção tireoidiana, sendo possível identificar a presença de bócio, taquicardia fetal (>160 batimentos por minuto), déficit de crescimento intrauterino e alteração da idade óssea. Nas formas mais graves, pode haver insuficiências cardíacas com hidropsia fetal e alterações no SNC. Além disso, pode ser responsável pelo trabalho de parto prematuro (GIORDANI; BIANCHI; RIZZOLLI, 2013) (CALABRIA et al., [s.d.]).

No primeiro mês após o nascimento, os sinais clínicos incluem irritabilidade, baixa acessibilidade da dieta, hipertensão, taquicardia, exoftalmia, bócio, microcefalia, hipoglicemia. Achados clínicos precoces incluem vômitos, diarreia, baixo ganho ponderal e tremores de extremidades. O aparecimento e a gravidade dos sintomas variam dependendo do tratamento materno, sendo mais precoces e graves na sua ausência ou em caso de realização alternativa (CALABRIA et al., [s.d.]).

A avaliação laboratorial inicial inclui a medição da concentração total de triiodotironina (T3) e da tiroxina livre (T4L) com valores aumentados, além do hormônio estimulador da tireoide (TSH) com valores suprimidos, afim de realizar o diagnóstico e monitorar a eficácia do tratamento.

De acordo com Smith et al. (2022), o tratamento deve ser individualizado, levando em conta o peso ao nascimento, idade gestacional e gravidade dos sintomas clínicos. O metimazol continua sendo o fármaco de escolha, pois apresenta melhor perfil de segurança (LEE et al., 2023) e atua como uma droga antireoidiana recuperando a síntese de T3 e T4 nas células foliculares da tireoide. Outra alternativa seria o uso de propiltiouracil, porém este medicamento apresenta efeitos colaterais mais frequentes e severos (FREIRE et al., 2023).

Os bloqueadores beta-adrenérgicos, como por exemplo o propranolol, podem ser utilizados como terapia complementar para o controle da hiperatividade neuromuscular e cardiovascular. Para casos refratários, os corticosteroides são indicados, devido à sua ação anti-inflamatória e inibição da conversão periférica de T4 em T3 (HIGUCHI et al., 2021).

Em neonatos cujo tratamento inicial não é eficaz, pode ser acrescentado ao tratamento o iodo, com a finalidade de inibir a liberação de hormônios tireoidianos.

O prognóstico, em geral, é favorável quando há diagnóstico precoce e tratamento adequado, com resolução espontânea em 2 a 3 semanas, embora casos persistentes possam requerer seguimento por até seis meses (FREIRE et al., 2023). Além disso, pesquisas recentes indicam que recém-nascidos com histórico de tireotoxicose podem apresentar maior risco de distúrbios neurocognitivos, reforçando a importância do acompanhamento multidisciplinar prolongado (PEREIRA et al., 2023).

Conclusão

O caso apresentado reforça a importância do pré-natal especializado em gestantes com doenças autoimunes endócrinas, bem como a vigilância clínica e laboratorial do neonato nas primeiras horas e semanas de vida. O tratamento com metimazol é considerado o padrão-ouro para sua eficácia e segurança em neonatos. A maioria dos casos evoluem para remissão ocasionada entre 3 e 12 semanas após o nascimento (TEIXEIRA et al., 2012). Entretanto, há necessidade de prolongamento prolongado, devido ao risco de complicações a longo prazo (FREIRE et al., 2023). Além disso, exemplifica a necessidade de integração entre obstetrícia, neonatologia e endocrinologia pediátrica, garantindo melhores prognósticos e desenvolvimento neurológico adequado.

Referências

CALABRIA, A.; et al. Hipertireoidismo em lactentes e crianças. In: MSD Manuais – Versão Saúde para o Profissional ou Família. Whitehouse Station: Merck & Co., Inc., [s.d.]. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/>. Acesso em: 19 jan. 2026.

CHEN, X.; LI, Y.; ZHAO, J. Fetal thyroid dysfunction and maternal Graves' disease: diagnosis and management. *Frontiers in Endocrinology*, v. 12, p. 885–897, 2021.

FREIRE, R. J.; SABINO, M. P. M.; DIAS, M. D.; et al. Doença de Graves Neonatal: revisão acerca de seu tratamento e prognóstico. *Periódicos Brasil: Pesquisa Científica*, v. 3, n. 2, p. 181–190, 2023.

GIORDANI, G. M.; BIANCHI, F.; RIZZOLLI, J. Hipertireoidismo neonatal. *Acta Médica (Porto Alegre)*, Porto Alegre, v. 34, n. 5, 2013.

HIGUCHI, T.; OKAMOTO, T.; TANAKA, K. Management and outcomes of neonatal thyrotoxicosis: a multicenter review. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 106, n. 11, p. 3182–3191, 2021.

KASSIM, R.; ZHANG, L.; AHMED, S. Transient versus permanent neonatal thyrotoxicosis: clinical and biochemical features. *Hormone Research in Paediatrics*, v. 93, n. 4, p. 250–258, 2020.

LEE, J.; HAN, J. M.; PARK, S. Y. Combination therapy in neonatal Graves' disease: efficacy and safety outcomes. *Pediatric Endocrinology Reviews*, v. 20, n. 2, p. 145–154, 2023.

MATSUMOTO, N.; NAKAYAMA, M.; OHTA, T. Maternal TRAb screening and neonatal outcomes: a prospective cohort study. *Clinical Endocrinology*, v. 96, n. 5, p. 651–660, 2022.

PEREIRA, L. S.; ALVES, M. B.; MOURA, D. R. Neurodevelopmental outcomes in infants with treated neonatal thyrotoxicosis. *Revista Brasileira de Endocrinologia Pediátrica*, v. 4, n. 1, p. 32–40, 2023.



Ano VI, v.1 2026 | submissão: 16/01/2026 | aceito: 18/01/2026 | publicação: 20/01/2026

SMITH, R. A.; JOHNSON, P.; WU, T. Treatment protocols for refractory neonatal thyrotoxicosis: a systematic review. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, v. 35, n. 8, p. 987–996, 2022.

TEIXEIRA, B. P.; FERNANDES, H. R.; LONGO, I. S. R. F.; et al. Tireotoxicose congênita. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 22, supl. 5, p. S120–S121, 2012.

VELASQUE, R. A. O.; SAAB, A. R. M.; LORENZI, K. M. L. M. Atualizações sobre a Doença de Graves Neonatal: principais avaliações diagnósticas e tratamentos. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 10, e69121043468, 2023.

WATANABE, Y.; KOBAYASHI, M.; SUGIURA, K. Predictive value of maternal TSH receptor antibodies for neonatal thyrotoxicosis. *Thyroid*, v. 32, n. 4, p. 421–429, 2022.