

Se trata de una paciente de 14 años de edad que es ingresada por ansiedad y palpitaciones que no ceden con el uso de ansiolíticos. Desde hace poco más de un mes ha presentado pérdida de peso no cuantificada aun cuando su apetito se ha incrementado. Hace una semana refiere dificultad para deglutir sólidos. Su desempeño escolar se ha visto afectado. Menarquia hace un año con menstruaciones esporádicas e irregulares. A la EF se encuentra sudorosa, con temperatura de 37.9 grados C. TA 130/60. Reflejos rotulianos aumentados en forma bilateral. El resto de la exploración SDP.



ETIOLOGIA	% PARTICIPANTES
Autoinmune	68%
Metabólica	53%
Genética	16%
Neoplásica	11%
Infecciosa	5%

LABORATORIO	% PARTICIPANTES
Perfil Tiroideo	100%
Anticuerpos Antitiroideos: TPO, TG.	58%
BH	58%
QS	58%
EGO	58%
Ac Anti Receptor TSH (LATS)	32%
Captacion Yodo	21%
Perfil Ginecologico	11%
Calcitonina	5%
Anticuerpos Antinucleares	5%

PROBABLE DIAGNOSTICO	% PARTICIPANTES
Enf.Graves Basedow. Hipertiroidismo	89%
Tiroiditis. Hashimoto. Quervain	32%
Adenoma Tiroideo Tóxico	21%
Ca de Tiroides	11%
Bocio multinodular	11%

GABINETES	% PARTICIPANTES
Gamagrama Tiroideo	89%
US Tiroideo	28%
RMN Cuello	28%
TAC Cuello	22%
Biopsia Tiroides	17%

DIAGNOSTICO	ETAJ: Enfermedad Tiroidea Autoinmune Juvenil
CLASIFICACION	La Enfermedad Tiroidea Autoinmune es la causa más frecuente de bocio y de las alteraciones tiroideas en la infancia, pubertad y adolescencia. El Hipertiroidismo Secundario a Enfermedad Autoinmune engloba un amplio espectro de disfunciones tiroideas que contiene en un extremo a la Enfermedad de Graves (EG) y en el otro a la Tiroiditis Linfocitaria Crónica (TLC). De cada 10 pacientes juveniles con ETA, aproximadamente 7 corresponden a TLC y 3 a EG
MANIFESTACIONES CLINICAS	Si bien la TLC conduce frecuentemente al hipotiroidismo y la EG produce hiperfunción glandular, ambas pueden coexistir en la misma glándula, y son en realidad síndromes superpuestos
AUTOANTICUERPOS	Las características comunes de la ETA incluyen la específica reactividad inmune a antígenos tiroideos como la peroxidasa tiroidea (TPO), la tiroglobulina (Tg) y el receptor de TSH (TSH-R) También llamado LATS : Long Action Thyroid Stimulant. Si predominan los anticuerpos estimuladores el joven será hipertiroidico. Si en cambio predominan los bloqueadores se inducirá un hipotiroidismo típico de la TLC. Dada esta variabilidad y superposición de los eventos existe una teoría unificadora para la EG y TLC sugiriendo, para englobar ambas patologías, el nombre "inmunotiroidismo".
COFACTORES	Si bien existe predisposición genética, otros mecanismos están involucrados en el inicio de la enfermedad como el estrés emocional. En los niños y adolescentes hipertiroidicos es frecuente el relato de situaciones dolorosas afectivas por muertes, por tensión familiar, por mudanzas, accidentes, que se relacionan con la aparición de los síntomas.
TRATAMIENTO	Las tres opciones disponibles son: Drogas Antitiroideas, Yodo radioactivo y Cirugia.
BIBLIOGRAFIA	http://es.scribd.com/doc/82756838/17/HIPERTIROIDISMO-INFANTO-JUVENIL