



Distúrbios da glândula tireóide

Resumo de diretriz NHG M31 (julho 2013)

Van Lieshout J, Felix-Schollaart B, Bolsius EJM, Boer AM, Burgers JS, Bouma M., Sijbom M.

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



nederlands huisartsen
genootschap

Conteúdo

- Definições
- Diagnóstico
 - Exames adicionais e avaliação
- Conduta em hipotireoidismo
 - Medicação
 - Acompanhamento e encaminhamento
- Conduta em hipertireoidismo
 - Encaminhamento
- Distúrbios da glândula tireóide durante a gestação e pós-parto
 - Contexto
 - Conduta
- Diagnóstico e conduta em anomalias palpáveis

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Definições

Causas de hipotireoidismo:

- doença de Hashimoto: doença auto-imune, para a vida toda;
- tireoidite silenciosa: o hipotireoidismo ou hipertireoidismo temporário (1 a 4 meses), com recuperação espontânea;
- iatrogênica: após a radioterapia/cirurgia, por drogas (lítio/amiodarona).

Causas de hipertireoidismo:

- doença de Graves: doença auto-imune, bócio difuso, anticorpos anti-receptor de TSH (TRAB²);
- bócio multinodular: nódulos produtores de hormônios tireoidianos, com pouca tendência à remissão;
- tireoidite subaguda: infecção viral, recuperação espontânea, às vezes fase de hipotireoidismo;
- adenoma tóxico: nódulo solitário produtor de hormônios tireoidianos;
- iatrogênica: por drogas (lítio/amiodarona), contraste iodado.

Diagnóstico

- Queixas muitas vezes não específicas, especialmente em idosos.
- Considerar hipotireoidismo em: ganho de peso, sensação de frio, lentidão, prisão de ventre, distúrbios menstruais, mixedema, e bradicardia.
- Considerar hipertireoidismo em: diarreia, perda de peso em apetite normal, distúrbios menstruais, palpitações, nervosismo e oftalmopatia.

Exames adicionais e avaliação

- Indicações para a determinação de TSH, se alterado também T4 livre: sintomas sugestivos de disfunção da tireóide, perda ou ganho de peso inexplicados, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, demência, suspeita de hipercolesterolemia familiar e inchaço da tireóide.
- Em hipertireoidismo: adicionalmente TRAB ou VHS e contagem de leucócitos, ver fluxograma.
- Na suspeita de hipertireoidismo por bócio multinodular: realizar ultrassonografia, com exceção de presença de um nódulo palpável dominante.

Valores de referência usuais:

TSH	0,4-4,0 mU/l
T4 livre	9,0-24,0 pmol/l

Ver **fluxograma** para avaliação de disfunções da tireóide.

Conduta em hipotireoidismo

Medicação

Objetivo: que o paciente seja assintomático e os níveis de TSH e T4 livre sejam normais.

Pacientes com menos de 60 anos, sem comorbidade cardíaca

- Iniciar com 1,6 mcg levotiroxina por kg de peso corpóreo até uma dose inicial máxima de 150 mcg.
- Controlar a cada 6 semanas com determinação prévia de TSH e T4 livre.
- Aumentar a dose a cada 6 semanas, com 12,5 a 25 mcg por vez até que a meta seja atingida.

Pacientes abaixo de 60 anos com comorbidade cardíaca e pacientes acima de 60 anos

- Iniciar com 12,5 a 25 mcg levotiroxina; escolher em idade mais avançada, comorbidade cardíaca mais grave ou hipotireoidismo de duração longa, uma dose mais baixa. Aumentar a dose em 12,5 mcg a cada 2 semanas, até uma dose diária de 50 mcg.
- Controlar efeitos adversos, 6 semanas após o início do tratamento.
- Em seguida, verificar a cada 6 semanas com determinação prévia de TSH e T4 livre.
- Aumentar a dose a cada 6 semanas em 12,5 mcg, até que a meta seja atingida.

Acompanhamento e encaminhamento

Depois de alcançar o nível alvo fazer controle do paciente com determinação do TSH e T4 livre a cada três meses, e na sequência anualmente.

Encaminhar os pacientes em:

- uma causa central;
- problemas cardíacos graves, especialmente a insuficiência cardíaca e angina pectoris (NYHA classe III-IV).

Tratamento em consulta com o especialista em medicina interna¹:

- em sintomas graves de hipotireoidismo não tratado por período prolongado;
- um diabetes mellitus tipo 1 de difícil ajuste.

Conduta em hipertireoidismo

Encaminhar ao internista-endocrinologista, a menos que o médico de família e comunidade descida fazer o tratamento. Para o tratamento medicinal, ver o texto integral da diretriz.

Encaminhamento

Deve ser feito encaminhamento, em qualquer caso, nos pacientes com:

- suspeita de crise tireotóxica, com urgência;
- oftalmopatia;
- doença de Graves e um nódulo palpável;
- desejo de engravidar;
- uma causa secundária de disfunção tireoidiana, ver fluxograma;
- problemas cardíacos, em particular, todos os doentes com insuficiência cardíaca, fibrilação atrial e angina pectoris;
- um adenoma tóxico ou nódulo dominante em bócio multinodular;
- desejo de um tratamento com iodo radioativo ou um tratamento cirúrgico;
- uso de amiodarona.

Distúrbios da tireóide durante a gestação e pós-parto

Contexto

- No hipotireoidismo, há um aumento da necessidade de levotiroxina durante a gestação.
- No hipertireoidismo, há um aumento do risco de complicações na gestação.
- A tireoidite pós-parto cura espontaneamente e pode causar tanto hiper- quanto hipotireoidismo.

Conduta

Hipotireoidismo

- Determinar TRAB no início da gravidez.
- Aumentar imediatamente a dose de levotiroxina em 25% no início da gravidez, mesmo em caso de encaminhamento.
- Ausência de TRAB: verificar TSH e T4 livre a cada 4 semanas, o nível alvo de TSH é 1-2 mU/l.
- Elevar a dose de levotiroxina se necessário guiando-se pelos níveis de TSH e de T4 livre.
- Reduzir imediatamente após o parto para a dose de antes da gravidez, verificar os níveis de TSH e T4 livre após 6 semanas.
- Na presença de anticorpos TRAB: encaminhar ao internista-endocrinologista.

Hipertireoidismo

- Determinar em eutireoideos com doença de Graves na história: TSH, T4 livre e TRAB.

- Encaminhar ao internista-endocrinologista em hipertireoidismo ou na presença de anticorpos TRAB.

Tireoidite pós-parto

- Determinar TSH, e se alterado também T4 livre, em sintomas sugestivos de hipo- ou hipertireoidismo.
- No hipertireoidismo: determine TRAB para excluir a doença de Graves.
- Considerar tratamento em sintomas incômodos (metoprolol).
- Verificar o TSH e T4 livre a cada seis semanas até que duas vezes consecutivas um nível normal for determinado.
- Se > 6 meses TSH anormal, considere um outro diagnóstico.

Diagnóstico e conduta em anomalias palpáveis

Palpar a massa e realizar ultra-sonografia se indicada (ver texto principal).

Anomalia palpável	Conduta
nódulo solitário	encaminhamento ao internista
bócio difuso	tratamento na presença de queixas
bócio multinodular sem nódulo dominante	tratamento na presença de queixas
bócio com nódulos dominantes (> 1 cm)	encaminhamento ao internista

Notas do tradutor

1. Grupo de especialistas (*internal medicine*) que engloba diversas sub-especializações de clínica médica como nefrologia, endocrinologia, infectologia, hematologia, oncologia entre outros.
2. Do inglês: *TSH receptor antibodies*.