



ABORDAGEM DO HIPOTIROIDISMO

Autor(es): **Gil Paz** (IFE MGF) e **Vera Fernandes** (Assistente Hospitalar de Endocrinologia)

Local de Trabalho: **USF São Julião da Figueira** e **Hospital de Braga**

Abordagem diagnóstica e terapêutica

O objectivo deste documento é fornecer ferramentas de apoio à prática clínica e uniformização do acompanhamento do utente com hipotiroidismo, nomeadamente no rastreio, diagnóstico, tratamento e acompanhamento destes utentes.

Diagnóstico

Devido à falta de especificidade dos sintomas típicos de hipotiroidismo, o diagnóstico é feito primariamente com base nos testes laboratoriais (1). Os testes utilizados são a Hormona Estimulante da Tireoide (TSH) e a Tiroxina Livre (T4L).

Indicações para avaliação da função tiroideia (2):

- Bócio e nódulos da tiróide detectados por métodos de imagem, nomeadamente ecografia;
- Quadro clínico sugestivo de hipotiroidismo ou de hipertiroidismo;
- Tireoidectomia, irradiação cervical ou a tratamento com iodo radioactivo;
- Medicação susceptível de alterar a função tiroideia, nomeadamente amiodarona ou outros produtos contendo iodo, lítio, inibidores da tirosina-cinase, interferão;
- Patologia hipotálamo-hipofisária;
- Hipotiroidismo congénito;
- Crianças com atraso de crescimento;
- Anemia de causa inexplicada, hipercolesterolemia, variações ponderais, doenças auto-imunes, arritmias, osteoporose, irregularidades menstruais, infertilidade;
- Mulheres grávidas que apresentem alto risco de desenvolverem doenças da tiróide, como bócio, ou tenham antecedentes de disfunção tiroideia, clínica sugestiva de disfunção tiroideia, tireoidectomia prévia, história familiar de doença tiroideia, anticorpos antitiroideus elevados, diabetes tipo 1 ou outras doenças auto-imunes, irradiação cervical ou abortos de repetição.

Rastreio

Para rastreio de hipotiroidismo primário, no adulto assintomático, é recomendado apenas o doseamento de TSH:

- Se normal: não é necessário mais nenhum teste
- Se alto: repetir com T4L
- Se baixo: repetir com T4L e tri-iodotironina total (T3T)

Nota: T3 livre é metabolicamente mais importante, mas o doseamento laboratorial pode não ser preciso, pelo que se recomenda o doseamento da T3 total.

Valores de referência para TSH

- No adulto não grávido (3) :
 - < 70 anos: 0,4 a 4,0 mU/L
 - ≥ 70 anos: 0,4 a 6,0 mU/L
- Grávida (4):
 - 1º Trimestre: 0,1 a 4,0 mU/L
 - Estudos iniciais estabeleciam valores mais baixos de limite superior de normalidade (2,5 e 3,0) nos 1º e 2º/3º trimestres respetivamente.

Classificação

Com base nestes testes o hipotiroidismo pode ser classificado em:

- **Secundário ou Terciário** – TSH baixa, normal ou elevada (até 10 mU/L) com T4L baixa (1).
 - Central - Deve ser referenciado a consulta de especialidade
- **Primário**
 - Clínico – TSH alta e T4L baixa (1,2)
 - Subclínico – TSH elevada (geralmente até 10mU/L) e T4L normal (2).

TRATAMENTO

Tratamento de Hipotiroidismo Primário Clínico

Todos os utentes com hipotiroidismo clínico (primário ou secundário) devem ser tratados. Na suspeita de hipotiroidismo secundário/central, esse utente deve ser logo referenciado à consulta de endocrinologia.

Objectivo do tratamento (5):

- Reduzir sintomas (após 2-3 semanas de início tratamento, pode demorar 6 meses nos casos graves)
- Normalizar secreção TSH
- Evitar sobretratamento (hipertiroidismo iatrogénico)

A base do tratamento para a correcção do hipotiroidismo é a **Levotiroxina**.

Deve ser tomada em jejum com água 30 a 60 min antes do pequeno-almoço (5).

Dose inicial

A dose média para a substituição total em adultos da T4 é de 1,6mcg/Kg/dia, no entanto, a dose necessária varia entre 50 a 200mcg/dia (5).

- Deve-se iniciar com uma a dose de 25 a 50mcg/dia.
- Iniciar com dose mais baixa (12,5 a 25mcg/dia) se (3):
 - Doença coronária (risco cardiovascular acrescido)
 - Idoso (> 70 anos)

Monitorização inicial: TSH e T4L após 4 a 6 semanas do início da terapêutica (2,5).

Nota: Os níveis de T4 (livre e total) aumentam 20% entre 1 a 4 horas após a administração de levotiroxina. Os doseamentos de TSH ou T3 não são influenciados pelo momento de ingestão do fármaco (6).

Ajuste de dose: A dose de levotiroxina é ajustada com base no valor do TSH. O objectivo no adulto com menos de 70 anos é manter a TSH entre 0,4 e 4,0mU/L (5).

- TSH \geq 15,0 mU/L – subir 25mcg/dia
- TSH entre 4,0 e 15,0 mU/L – subir dose de 12 a 25mcg/dia
- TSH entre 0,4 e 4,0 mU/L – manter dose
- TSH entre 0,05 e 0,4 mU/L – diminuir dose de 12 a 25mcg/dia
- TSH <0,05 mU/L – diminuir 25mcg/dia

Populações especiais

- **Adultos > 70 anos (3):**
 - TSH alvo é 2,0 e 6,0 mU/L
- **Grávidas (4):**
 - Valor referencia 1º Trimestre: 0,1 a 4,0 mU/L
 - Se TSH < 2,5 mU/L – não repetir avaliação
 - Se TSH entre 2,5 e 4,0 mU/L - dosear os anticorpos antitiroideos
 - Se positivos, referenciar à consulta de endocrinologia
 - Se TSH > 4,0 – referenciar à consulta de endocrinologia
- **Tratamento Supressivo Carcinoma Diferenciado da Tireoide:** alvo definido na consulta de endocrinologia consoante risco de recidiva (3):
 - Alto risco: < 0,1 mU/L
 - Médio risco: 0,1 a 0,5 mU/L
 - Baixo risco: 0,5 a 2,0 mU/L

Reavaliação após mudança de dose (2,5): TSH e T4L após 8 semanas. Se TSH < 0,05 pode demorar mais do que 8 semanas a normalizar.

Monitorização após estabilidade (2,5): TSH em 6 meses e depois anualmente

Reavaliação antecipada se (5):

- Sintomas sugestivos de hipo ou hipertiroidismo
- Troca de marca de medicamento (reavaliar após 6 semanas)
- Gravidez
- Mudança acentuada do peso (variação $\geq 10\%$ do peso)
- Introdução de Fármacos (Carbamazepina, Fenitoína, Fenobarbital, Rifampicina)

Hipotiroidismo Subclínico (7)

Repetir doseamentos TSH e T4L após 8 a 12 semanas e dosear anticorpos anti-tiroideus

- Se TSH normalizar
 - vigiar se Anticorpos Anti-tiroideus positivos
- Se aumento persistente da TSH
 - TSH entre 4 e 10 mU/L
 - < 70 anos - Vigiar
 - 70 anos – Ponderar tratamento*
 - TSH > 10 mU/L
 - < 70 anos – Tratar sempre
 - 70 anos – Ponderar tratamento*

*Sintomas, Bócio, Anticorpos Anti-tiroideus Positivos, Risco cardiovascular aumentado, alterações ecográficas sugestivas de tiroidite, iatrogenia

NOTA: Manter vigilância de hipotiroidismo subclínico quer esteja medicado ou não.

BIBLIOGRAFIA:

1. Diagnosis of and screening for hypothyroidism in nonpregnant adults [Internet]. Disponível em: www.uptodate.com
2. Leite V, Gomes E. Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação e Monitorização da Função Tiroideia. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2012.
3. Freitas C, Rodrigues F, Rocha G, Simões H, Miguel M, Azevedo T. Diagnosis, Treatment and Follow up of Primary Hypothyroidism in the Adult. Position Statement of the Portuguese Society of Endocrinology, Diabetes and Metabolism (SPEDM) and the Thyroid Study Group (GET). Rev Port Endocrinol Diabetes E Metab. 2019;(0):0.
4. Grupo de Estudo de Endocrinologia e Gravidez. Livro de Endocrinologia e Gravidez [Internet]. 2018. Disponível em: https://www.spedm.pt/wp-content/uploads/2018/10/1928-GEEG_LivroEndocGrav_5.pdf
5. Treatment of primary hypothyroidism in adults [Internet]. Disponível em: www.uptodate.com
6. Gouveia S, Leitão F, Ribeiro C, Carrilho F. Fatores de interferência no estudo da função tiroideia. Rev Port Endocrinol Diabetes E Metab. Julho de 2016;11(2):277–86.
7. Macedo Silva S, Carvalho A, Lopes- Pereira M, Fernandes V. Hipotiroidismo Subclínico no Idoso. Acta Médica Port. 28 de Dezembro de 2018;31(12):766.