

Hipertireoidismo

Introdução

A tireotoxicose é a manifestação clínica do excesso de hormônio tireoidiano devido à doenças que causam hiperfunção da glândula tireoide (hipertireoidismo). Acomete 2% das mulheres e 0,2% dos homens. A Doença de Graves (bócio difuso tóxico) é a causa mais comum (60 a 80%) e típica em pacientes entre os 20 e 40 anos, seguido por bócio multinodular (10 a 30%), que é mais comum em idosos. O adenoma tóxico e as tireoidites são menos comuns (1%). O hipertireoidismo também pode ser induzido por uso de medicamentos, em especial por amiodarona, levotiroxina e lítio.

Não há indicação clínica para solicitação de TSH como rastreamento populacional em pacientes assintomáticos. TSH só deve ser solicitado para pacientes com sintomas ou em risco de disfunção tireoidiana.

Diagnóstico

A avaliação inicial é feita pelo nível de TSH. A maioria dos pacientes com tireotoxicose apresenta TSH baixo ou indetectável, com raríssimas exceções (hipertireoidismo central). Se mesmo com TSH normal ou alto ainda mantiver a suspeita clínica, podemos solicitar T4 livre (T4-L) ou T4 total (T4-T). Níveis de TSH dentro do limite de referência afastam o diagnóstico, enquanto valores reduzidos ($< 0,2$ mIU/L) confirmam a suspeita clínica e indicam necessidade de continuar a investigação. No caso de TSH reduzido, devemos solicitar T4-L ou T4-T e T3. Níveis elevados de T4-L, T4-T ou T3 confirmam o diagnóstico de tireotoxicose. Na hipofunção hipofisária, o TSH e o T4-L/T4-T podem estar diminuídos simultaneamente. No hipertireoidismo subclínico, o TSH apresenta-se diminuído, porém o T4 (total ou livre) e T3 estão dentro da faixa normal. Nesta situação, o TSH deve ser confirmado em pelo menos uma nova medida. Pacientes com doenças sistêmicas graves ou em uso de fármacos (por exemplo, corticoesteróides) podem apresentar níveis séricos de T4 normais e TSH baixos.

Sinais e sintomas

Os sintomas mais comuns da tireotoxicose são: intolerância ao calor/sudorese, fraqueza, palpitação, ansiedade/irritabilidade, insônia, perda de peso, queda de cabelo e alteração no ciclo menstrual. No exame físico, pode-se identificar aumento da temperatura corporal, fraqueza muscular e atrofia tenar/hipotenar, taquicardia, fibrilação atrial, taquipneia, tremores, alopecia, hiperidrose, pele quente, bócio difuso ou nódulo tireoidiano.

Os sintomas de tireotoxicose são mais proeminentes na **Doença de Graves** Podem estar associados a outras doenças autoimunes. O quadro clínico costuma ser exuberante. A tireóide costuma estar difusamente aumentada e sopro sobre a glândula é patognomônico do diagnóstico. A oftalmopatia infiltrativa ocorre em 30% das pessoas que podem apresentar dor retro-ocular e sensação de corpo estranho ocular, diplopia, diminuição da acuidade visual, edema palpebral e, nos casos graves, paralisia da musculatura ocular e exoftalmia.

Os pacientes com **bócio multinodular tóxico** apresentam menos sintomas de tireotoxicose e não têm manifestações inflamatórias oculares. Ao exame, costumam apresentar nódulo único ou múltiplos nódulos palpáveis. Quando apresentam bócio mergulhante, pode estar acompanhado de sintomas compressivos.

Adenoma tóxico costuma cursar com sintomas leves de hipertireoidismo e presença de nódulo tireoidiano palpável geralmente maior que 3 cm.

Tratamento

O tratamento depende da gravidade do quadro clínico, idade da pessoa, tamanho do bócio e comorbidades associadas. O uso de betabloqueadores é indicado para tratamento de sintomas de ativação adrenérgica, como palpitação e tremores, sendo frequentemente utilizado propranolol, atenolol ou metoprolol.

O tratamento é feito com fármacos antitireoidianos, cirurgia e iodo radioativo. Os fármacos antitireoidianos (metimazol e propiltiouracil) controlam o hipertireoidismo durante seu uso e podem induzir à posterior remissão da doença. Metimazol é o fármaco de primeira escolha (menor risco de hepatotoxicidade grave), reservando o uso do propiltiouracil para crise tireotóxica ou primeiro trimestre da gestação (parece apresentar menor risco de teratogênese). A dose inicial de metimazol varia conforme a gravidade da doença (15-60 mg ao dia), sendo 5-10 mg/d a dose de manutenção



usualmente necessária. Propiltiouracil costuma ser iniciado na dose de 300 mg divididos em 2-3 tomadas ao dia, podendo chegar a 600-900 mg ao dia.

Os pacientes devem ser monitorados em intervalos de 1 a 3 meses, dependendo da gravidade. O controle da doença é atingido após 6 a 12 semanas da medicação. Um detalhe importante é que o TSH pode permanecer suprimido por 6-12 meses após o início do tratamento e não é um bom marcador de controle da doença, pelo menos nos primeiros meses. Sugere-se, durante o período, controlar o tratamento pelos níveis de T4 (total ou livre) ou T3. A medicação costuma ser mantida por 12 a 18 meses. Após esse período, se não houver remissão, deve-se considerar o tratamento definitivo com iodo ou cirurgia, desde que paciente esteja disposto e seja um candidato para tal.

O iodo radioativo costuma ser a opção de primeira linha mais usada no tratamento definitivo do hipertireoidismo. Mulheres em idade fértil devem ser asseguradas a não engravidar por 6 a 12 meses após seu uso. Não apresenta efeitos adversos importantes, com exceção do hipotireoidismo iatrogênico. Seu uso em crianças é mais delicado, sendo recomendado esperar pelo menos os 10 anos de idade.

O tratamento cirúrgico é indicado em poucos casos quando ocorrem sintomas compressivos, nódulos de citologia indeterminada, gravidez ou ainda pela preferência do paciente.

Não existem dados suficientes para recomendações definitivas sobre o tratamento do hipertireoidismo subclínico. De forma geral, recomenda-se o tratamento para pacientes com TSH <0,1 mUI/L associado a sintomas, doença cardíaca, osteoporose ou idade > 65 anos. Em pacientes com níveis de TSH 0,1- 0,5mUI/L ou assintomáticos, com menos de 65 anos e sem comorbidades acima mencionadas a decisão terapêutica deve ser individualizada.

Quando Encaminhar

Pacientes com hipertireoidismo franco ou hipertireoidismo subclínico devem ser encaminhados ao endocrinologista. Porém deve-se avaliar a necessidade de início do tratamento com fármacos antitireoidianos e betabloqueadores para controle sintomático até a consulta com especialista focal.

Referências

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2.

ROSS, D. S. **Diagnostic of hyperthyroidism**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-hyperthyroidism>>. Acesso em: 6 out. 2014.