

## Hipotireoidismo

### Introdução

É a doença mais comum da tireoide com prevalência de 2% na população geral e 15% em pessoas com mais de 60 anos, sendo oito vezes mais frequente em mulheres que homens. A principal forma de apresentação (95% dos casos) é decorrente de alterações na glândula tireoide (hipotireoidismo primário), podendo também ocorrer secundário a medicamentos (antitireoidianos, amiodarona, lítio, interferon, talidomida e rifampicina) e disfunções hipofisárias (hipotireoidismo secundário) ou hipotalâmicas (hipotireoidismo terciário).

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

### Diagnóstico

Em caso de suspeita de hipotireoidismo, o TSH é o primeiro exame a ser solicitado. A conduta a seguir vai depender do resultado inicial desse TSH:

- valores aumentados, repete-se o TSH junto com T4 livre;
- valores normais e se o paciente apresentar sinais e sintomas clínicos compatíveis com hipotireoidismo, repete-se o TSH juntamente com T4 livre.

No hipotireoidismo secundário ou terciário, o TSH apresenta-se normal ou baixo, e o T4-livre ou T4 total diminuído. Nesses casos, há necessidade de avaliação de endocrinologista para seguir investigação.

Se o TSH vier aumentado e o T4-livre ou T4 total diminuído, confirma-se o diagnóstico de hipotireoidismo primário e a pessoa deve iniciar tratamento com levotiroxina. Dificilmente um paciente com hipotireoidismo primário necessitará ser encaminhado para um endocrinologista, visto que seu tratamento depende primordialmente da dose adequada do medicamento e adesão.

Para diagnóstico de hipotireoidismo subclínico (TSH aumentado e T4-livre ou total normal), recomenda-se que seja feita mais uma dosagem TSH e T4-livre com 1 a 3 meses de intervalo. Na presença de TSH persistentemente acima do valor de referência e T4 (livre ou total) normal, dá-se o diagnóstico de hipotireoidismo subclínico. Neste contexto a dosagem de anticorpos anti-TPO podem

auxiliar na decisão terapêutica, entretanto não é fundamental. O anti-TPO não deve ser solicitado na rotina do monitoramento.

### Sinais e Sintomas

Os sintomas mais comuns do hipotireoidismo são: cansaço, intolerância ao frio, dispneia aos esforços, ganho de peso, alteração da memória e do raciocínio, constipação, depressão, irregularidade menstrual, falta de libido e mialgia. Ao exame físico pode ser evidenciado ressecamento da pele, movimentos e fala lentificados, madarose, queda de cabelo, hipertensão diastólica, bradicardia ou bócio.

### Tratamento

O tratamento inicial é feito com levotiroxina, tomada em jejum, 30 minutos antes do café da manhã. Para pacientes jovens, pode-se começar com dose de 1,6 µg/kg/dia (dose plena) sem necessidade de início gradual. Em adultos, costuma-se atingir essa dose de maneira escalonada, iniciando-se com 50 µg/dia. O aumento deve ser progressivo, em intervalos de 6 a 8 semanas, até que o TSH esteja normalizado. Em pacientes idosos ou com doença cardíaca, recomenda-se iniciar com 25 µg/dia, incrementando de maneira gradual, com 12,5 a 25 µg/dia a cada 2 semanas.

O tratamento do hipotireoidismo subclínico é controverso, porém se recomenda tratar pacientes com TSH  $\geq$  10 mUI/L ou em níveis menores (acima do limite da normalidade e menor do que 10 mUI/L) se o paciente tiver anti-TPO positivo, dado a alta probabilidade de evoluir para hipotireoidismo franco. Na presença de sintomas compatíveis com hipotireoidismo, um teste terapêutico também pode ser realizado se paciente desejar. Nesses casos, recomenda-se iniciar o tratamento com doses menores (25 a 50 µg/dia). O seguimento posterior é semelhante ao hipotireoidismo franco. Se a opção for por não tratamento, deve se repetir o TSH de 6 meses a um ano. A melhora dos sintomas após esse teste terapêutico não costuma ser grande.

### Acompanhamento

No início do tratamento, o paciente deve ser monitorizado com TSH a cada 2 a 4 meses até atingir nível dentro dos padrões de normalidade. Após isso, a revisão clínica e de TSH pode ser a cada 6 meses por 1 ano e, após estabilizada a dose, a revisão pode então ser anual. Não é necessário solicitar T4-livre ou T4 total para acompanhamento do tratamento com levotiroxina.

O paciente deve ser orientado a antecipar a consulta em caso de sintomas que sugiram subdose (os mesmos do início do hipotireoidismo) ou sobredose (palpitação, hiperatividade, perda de peso com aumento de apetite).

Pacientes com doses maiores de 2,5 mcg/kg/dia devem ser avaliados em relação à adesão, uso de medicamentos que interferem na absorção (ferro, carbonato de cálcio, suplementos minerais, hidróxido de alumínio, omeprazol) e metabolização da levotiroxina (fenobarbital, fenitoína e carbamazepina) e doenças que cursem com redução da acidez gástrica (necessária para absorção da tiroxina) ou má absorção intestinal, como doença celíaca e doença inflamatória intestinal.

O seguimento do hipotireoidismo subclínico é o mesmo das pessoas com hipotireoidismo primário. Porém, para pacientes que não iniciaram tratamento, recomenda-se acompanhar com dosagem de TSH a cada 6 a 12 meses.

**Não é necessário solicitar ecografia ou T3** para diagnóstico ou acompanhamento de hipotireoidismo primário.

### Quando encaminhar?

As seguintes situações são indicativas de encaminhamento:

- suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4-livre ou T4 total diminuído),
- dificuldade de obter resposta terapêutica apesar de boa adesão ao tratamento em paciente que necessita de doses de levotiroxina maiores de 2,5 mcg/kg/dia.

## Referências

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. 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. 2 v.

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