

XIII Curso de Atualização em endocrinologia na Prática Ambulatorial 2018

Neuroendocrinologia
Hiperaldosteronismo
Clínica Médica
Diagnóstico
Metabologia
Crescimento
Tireóide
Puberdade
Tratamento

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TIREOTOXICOSE

Dra Suemi Marui, chefe da Unidade de Tireoide, Hospital das Clínicas -FMUSP

Embora os termos tireotoxicose e hipertireoidismo sejam usados como sinônimos na prática clínica, o correto seria referir-se a tireotoxicose como a síndrome de excesso de hormônios tireoidianos nos tecidos, independentemente da fonte (tireoide, exógena ou ectópica). O hipertireoidismo refere-se a uma das etiologias da tireotoxicose, quando a produção excessiva dos hormônios tireoidianos é proveniente da tireoide. A causa mais comum de hipertireoidismo é a doença de Basedow-Graves.

DOENÇA DE GRAVES

O diagnóstico é feito através do quadro clínico de tireotoxicose (elevação dos níveis de T3 e T4), associado a TSH suprimido (< valor inferior detectável pelo método), e confirmado pela presença de TRAb. A captação da tireoide só deve ser realizada se houver dúvida no diagnóstico ou na presença de nodularidade. A ultrassonografia auxilia apenas na determinação de nódulos. Na realização do Doppler colorido, nota-se uma vascularização difusamente aumentada na doença de Graves.

BÓCIO MULTINODULAR TÓXICO

Os exames laboratoriais revelam TSH suprimido, com níveis normais, caracterizando hipertireoidismo subclínico ou T3 e T4 aumentados, com hipertireoidismo evidente. Como a patogênese não é autoimune, TRAb não está presente. A ultrassonografia da tireoide irá determinar o tamanho e as características dos nódulos. Na presença de nódulos tireoidianos, o mapeamento e captação da tireoide deve ser feito sequencialmente, pois se o nódulo for captante (“quente”), não há indicação de punção, pois a chance de malignidade é muito baixa. Caso o mapeamento revele um nódulo frio, a indicação de punção deve seguir os critérios de punção de nódulo tireoidiano. A cintilografia da tireoide pode ser feita com ^{99}Tc ou ^{123}I ou ^{131}I , mostrando distribuição heterogênea, com áreas exibindo maior ou menor captação do radiotraçador. O exame também é válido para determinar a presença de extensão subesternal da tireoide. A captação com iodo mostra-se aumentada, refletindo a maior capacidade de um ou mais nódulos em produzir mais hormônios tireoidianos, mas não atinge valores semelhantes a doença de Graves. A radiografia simples de tórax pode mostrar desvio da traqueia e alargamento do mediastino superior quando existe um

XIII Curso de Atualização em endocrinologia

na Prática Ambulatorial

2018

Neuroendocrinologia
Hiperaldosteronismo
Clínica Médica
Diagnóstico
Metabologia
Crescimento
Tireóide
Puberdade
Tratamento

componente mergulhante.

ADENOMA TÓXICO

A partir de 3-4 cm os adenomas tóxicos já são palpáveis e apresentam produção hormonal suficiente para causar as manifestações clínicas da tireotoxicose. Os sintomas apresentam-se de forma mais insidiosa comparada a doença de Graves, com predomínio de sintomas cardiovasculares. Como a patogênese não é autoimune, não existe a oftalmopatia e dermatopatia da doença de Graves, assim como TRAb está ausente. Na presença de TSH baixo ou suprimido e nódulo, a cintilografia da tireoide é mandatória. Com o uso de ^{99m}Tc , ^{123}I ou ^{131}I , o adenoma tóxico surge como área “quente”, ou seja, mais captante que o tecido tireoidiano normal. Quanto maior a supressão do tecido tireoideo normal, menor será a sua visualização. A ultrassonografia revela nódulo único (raramente mais de um nódulo), geralmente ocupando quase todo um lobo, com características ultrassonográficas bastante variáveis. Geralmente encontra-se nódulo grande, sólido ou misto, geralmente hipoecogênico, com vascularização periférica e central. Apesar do tamanho (> 3 cm) e das características ultrassonográficas, não há necessidade de punção aspirativa, pois o adenoma tóxico tem sempre etiologia benigna.

Tratamento da tireotoxicose: Repouso sempre auxilia no controle dos sintomas. Beta-bloqueadores são indicados para controle da sintomatologia relacionada a ação adrenérgica: taquicardia e tremores. O propranolol, além disso, tem a capacidade de inibir a conversão periférica de T4 para T3, porém apenas em altas doses. O atenolol tem a vantagem de ser mais cardio-seletivo e a administração única.

Tratamento medicamentoso da doença de Graves: As tionamidas são representadas no Brasil pelo metimazol (tiamazol, tapazol ®) e propiltiouracil (PTU). Ambos são capazes de diminuir a produção de hormônios tireoidianos. Devido a hepatotoxicidade do PTU levando a transplante hepático, atualmente é apenas indicado em gestantes no primeiro trimestre e talvez na crise tireotóxica.

O tratamento medicamentoso pode durar de 12 a 18 meses, havendo maior chance de remissão na presença de bócio pequeno, hipertireoidismo mais leve e diminuição ou negatização do TRAb durante o tratamento. Prolongar o tratamento medicamentoso não aumenta a chance de remissão.

Tratamento com radioiodo: É indicado como tratamento definitivo do hipertireoidismo, sendo mais indicado na presença de bócio pequeno e quando há contra-indicação para cirurgia. Não é recomendado se a mulher quer engravidar em 4

XIII Curso de Atualização em endocrinologia 2018

na Prática Ambulatorial

Neuroendocrinologia
Hiperaldosteronismo
Clínica Médica
Diagnóstico
Metabologia
Crescimento
Tireóide
Puberdade
Tratamento

a 6 meses, se existe um nódulo de padrão indeterminado e na presença de oftalmopatia moderada a grave ou ativa. No preparo para o tratamento, o beta-bloqueador deve ser mantido. O metimazol deve ser retirado 5 a 7 dias antes da dose, e pode ser reiniciado 3 a 7 dias depois. Geralmente a dose empregada é de 10 a 30 mCi, buscando-se o eutireoidismo, que geralmente ocorre após 3 a 6 meses. A profilaxia para oftalmopatia pode ser feita, principalmente no paciente tabagista, com prednisona 0,3 a 0,5 mg/kg/d, 1 a 3 dias após a dose de radioiodo, mantendo por 1 mês e diminuindo gradativamente em 2 meses

Tratamento cirúrgico É indicado como tratamento definitivo do hipertireoidismo na presença de bócio volumoso (> 80g), sintomas compressivos, gestação, oftalmopatia moderada a grave ou com nódulo tireoidiano indeterminado ou suspeito.

Sugestão de leitura

2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis THYROID, Volume 26, Number 10, 2016.