

TeleCondutas[®]

Hipotireoidismo

Versão digital
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS/UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Roberto Nunes Umpierre

Organizadores:
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Autores:
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Juliana Keller Brenner
Milena Rodrigues Agostinho
Elise Botteselle de Oliveira
Josué Basso
Natan Katz

Design:
Luiz Felipe Telles

Diagramação:
Carolyne Vasques Cabral
Luiz Felipe Telles

Revisão ortográfica:
Rosely de Andrades Vargas

TelessaúdeRS-UFRGS
Porto Alegre, 2017

TELECONDUTAS – HIPOTIREOIDISMO

*TeleCondutas têm por objetivo serem materiais de apoio de fácil utilização e busca rápida, passíveis de serem consultados durante o atendimento aos pacientes. Foram elaboradas pela equipe de teleconsultores do canal **0800 644 6543** do TelessaúdeRS-UFRGS.*

*Médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (postos e unidades básicas de saúde) de todo o Brasil podem utilizar o canal **0800 644 6543**, gratuitamente, de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 17:30 min. Por esse canal é possível solicitar apoio sobre qualquer condição de saúde.*

Sumário

[Sinais e Sintomas](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamento](#)

[Acompanhamento](#)

[Hipotireoidismo na gestação](#)

[Encaminhamento para serviço especializado](#)

Introdução

É a doença tireoidiana mais comum, com prevalência de 2% na população geral e 15% em pessoas com mais de 60 anos. A doença acomete oito vezes mais mulheres do que homens. A principal forma de apresentação do hipotireoidismo (95% dos casos) é decorrente à alterações primárias 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 para solicitar TSH como rastreamento populacional em pacientes assintomáticos ou em gestantes. O TSH só deve ser solicitado para pacientes com suspeita de disfunção tireoidiana. Da mesma forma, ecografia de tireoide não deve ser solicitada para pacientes com suspeita ou diagnóstico de hipotireoidismo, mas sim para pacientes com alterações na palpação cervical.

Sinais e Sintomas

Os sintomas mais comuns do hipotireoidismo são: intolerância ao frio, dispneia aos esforços, ganho de peso, alteração da memória e do raciocínio, constipação, depressão, irregularidade menstrual, falta de libido, cansaço e mialgia. Ao exame físico, pode ser evidenciado ressecamento da pele, movimentos e fala lentificados, madarose, queda de cabelo, hipertensão diastólica, bradicardia ou bócio. A apresentação completa dos sintomas é rara, mesmo em pacientes com TSH bastante elevado, mas na presença desses sintomas o hipotireoidismo deve ser suspeitado.

Diagnóstico

O diagnóstico do hipotireoidismo é laboratorial, visto que as manifestações sintomáticas são pouco específicas.

Na suspeita de hipotireoidismo, o TSH é o primeiro exame a ser solicitado. Se o TSH estiver elevado, sugere-se repeti-lo junto com a medida de T4-livre, possibilitando assim realizar o diagnóstico de hipotireoidismo primário. Se o TSH inicial estiver normal, mas o paciente apresentar sinais e sintomas convincentes de hipotireoidismo, também se deve repetir o TSH junto com o T4-livre para investigar a suspeita de hipotireoidismo central. Pacientes com TSH inicialmente reduzidos devem ser investigados para hipertireoidismo com a repetição do TSH e a dosagem de T3 e T4-livre.

O hipotireoidismo é classificado como:

- **Hipotireoidismo primário franco:** caracterizado pelo TSH aumentado e T4-livre ou T4 total diminuído. Seu tratamento deve ser iniciado com levotiroxina. Dificilmente um paciente com hipotireoidismo primário necessitará ser encaminhado ao endocrinologista, visto que seu tratamento depende primordialmente da dose adequada do medicamento e adesão.
- **Hipotireoidismo subclínico:** caracterizado pelo TSH persistentemente elevado e T4-livre ou T4 total normal. Antes de firmar o diagnóstico, deve-se fazer mais uma dosagem de TSH e T4-livre com um a três meses de intervalo. A dosagem de anti-TPO pode auxiliar na decisão para iniciar o tratamento, porém não é fundamental. O anti-TPO tem papel apenas na investigação diagnóstica das doenças tireoidianas e não deve ser solicitado na rotina do monitoramento.
- **Hipotireoidismo secundário ou terciário (central):** caracterizado por apresentar TSH normal ou baixo e o T4-livre ou T4 total diminuído. Esse perfil laboratorial também é comum quando há situações que interferem nos exames (principalmente medicamentos). Geralmente a história clínica ou exame físico corroboraram com essa hipótese diagnóstica. O paciente pode apresentar outros sinais de falha hipofisária (hipogonadismo, insuficiência adrenal, mulher jovem com amenorreia) e/ ou história de procedimentos cirúrgicos ou traumas. Na suspeita de hipotireoidismo central, há indicação de encaminhamento ao endocrinologista para seguir investigação.

Tratamento

O tratamento inicial do **hipotireoidismo primário** franco é feito com levotiroxina, tomada em jejum, 30 minutos antes do café da manhã. **Para pacientes saudáveis e com idade inferior a 60 anos, pode-se começar com dose de 1,6 µg/kg/dia (dose plena)**, sem necessidade de início gradual. Em **pacientes idosos ou com doença cardíaca, recomenda-se iniciar com 25 µg/dia**, incrementando de maneira gradual 12,5 a 25 µg/dia a cada duas semanas até atingir a dose adequada de acordo com o resultado do TSH.

O tratamento do **hipotireoidismo subclínico** é controverso, porém se recomenda tratamento nas seguintes situações:

- TSH persistentemente > 10 mcUI/ml; ou
- TSH persistentemente ≥ 7 mcUI/ml (mas inferior a 10 mcUI/ml) e mais um dos fatores:
 - idade < 65 anos; ou
 - idade ≥ 65 anos e sintomas muito sugestivos de hipotireoidismo; ou
- TSH acima do limite normal do laboratório e inferior a 7 mcUI/ml em pessoa com idade inferior a 65 anos e mais um dos fatores:
 - anti-TPO positivo em altos títulos; ou
 - bócio; ou
 - sintomas muito sugestivos de hipotireoidismo.

No hipotireoidismo subclínico recomenda-se iniciar o tratamento com doses menores (25 a 75 µg/dia). O seguimento posterior é semelhante ao hipotireoidismo franco. Se optado por não iniciar o tratamento, deve-se repetir o TSH após seis meses a um ano.

Acompanhamento

Monitorar o TSH a cada 8 semanas após o início do tratamento ou ajuste da dose até atingir o valor de normalidade. Após isso, a revisão clínica e do TSH pode ser a cada seis meses durante o primeiro ano do diagnóstico, seguidas por revisões anuais. Não é necessário solicitar T4-livre ou T4 total para acompanhar o tratamento com levotiroxina no hipotireoidismo primário.

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

Pacientes que necessitam 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 cursam com redução da acidez gástrica (necessária para absorção da tiroxina) ou má absorção intestinal.

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

Não é necessário solicitar ecografia de tireoide ou T3 no diagnóstico ou acompanhamento de hipotireoidismo primário.

Hipotireoidismo e gestação

Reforçamos que não há recomendação de rastreio de hipotireoidismo na gestação. O TSH deve ser solicitado em gestantes com suspeita clínica ou com diagnóstico prévio de hipotireoidismo, visto que os valores de TSH devem ser ajustados conforme o trimestre gestacional. Idealmente cada laboratório deve apresentar o valor normal para cada kit. Na ausência dessa informação sugerimos:

- TSH:
 - 1º trimestre: 0,1 a 2,5 mU/L
 - 2º trimestre: 0,2 a 3 mU/L
 - 3º trimestre: 0,3 a 3 mU/L
- T4 total está em torno de 50% maior que o valor normal para não gestantes (valor de referência para não gestantes é 6,09 a 12,23 mcg/dl).

Mulheres com diagnóstico de hipotireoidismo prévio a gestação devem engravidar com TSH abaixo de 2,5 um/L. Após documentada a gestação, na maioria das vezes a dose de levotiroxina deve ser aumentada em 30% a 50% e o TSH deve ser mantido dentro da faixa de referência para o trimestre.

Para diagnósticos de hipotireoidismo durante a gestação (TSH elevado conforme trimestre e T4-livre ou total diminuído), sugere-se iniciar 100 a 150 µg de levotiroxina ou 1,6 µg/Kg de peso.

Ajustes na gestação devem ser feitos com maior frequência (a cada quatro semanas) com dosagem de TSH seguindo os valores normais conforme o trimestre. Após a metade da gestação, o monitoramento pode ser menos frequente.

Recomenda-se tratamento do hipotireoidismo subclínico em gestantes nas seguintes situações:

- TSH acima de 10 mU/L; ou
- TSH elevado para o trimestre da gestação e anti-TPO (anticorpo anti-tireoperoxidase) positivo.

Em pacientes com TSH acima do valor normal para o trimestre, porém abaixo de 10 mU/L e com anti-TPO negativo, as evidências para recomendar o tratamento são fracas. Portanto, não se recomenda tratar esse grupo de pacientes. As pacientes com hipotiroxinemia isolada (TSH normal com hormônios periféricos reduzidos) também não têm indicação de tratamento.

A dose de levotiroxina usada no hipotireoidismo subclínico na gestação costuma depender do valor de TSH aferido. Para pacientes com TSH acima de 10 mU/L, recomenda-se iniciar dose plena de levotiroxina (1,6 µg/kg/dia). Para pacientes com TSH abaixo de 10 mU/L, recomenda-se iniciar 50 a 75 µg de levotiroxina ao dia. O seguimento é o mesmo de que pacientes com hipotireoidismo franco na gestação.

Encaminhamento para serviço especializado em endocrinologia

As seguintes situações são indicativas de encaminhamento ao endocrinologista:

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

Referências

BRENTA, G. et al. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo , v. 57, n. 4, p. 265-291, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302013000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2017.

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.

TELESSAÚDERS-UFRGS. **Como manejar o hipotireoidismo durante a gestação?** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/como-manejar-o-hipotireoidismo-durante-gestacao/>>. Acesso em: 16 maio 2017.

TELESSAÚDERS-UFRGS. **Quais são as recomendações para tratamento de hipotireoidismo subclínico na gestação?** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/ps-hipotireoidismo-subclinico-gravidez/>>. Acesso em: 16 maio 2017.

ROSS, DS. **Diagnosis of and screening for hypothyroidism in nonpregnant adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em <<http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-and-screening-for-hypothyroidism-in-nonpregnant-adults>>. Acesso em: 16 maio 2017.

ROSS, DS. **Treatment of primary hypothyroidism in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-primary-hypothyroidism-in-adults>>. Acesso em: 16 maio 2017.

TeleCondutas[®]



0800 644 6543

Para esclarecer dúvidas de:
MÉDICOS E ENFERMEIROS
da APS/AB de todo Brasil

