

HIPOTIROIDISMO

INTRODUÇÃO

- Deficiência hormonal mais comum
- Produção ou ação deficiente dos hormônios tireoidianos
- Prevalência de 2 a 3% na população geral
- Mais comum em mulheres (10:1), idosos e brancos
- Causas mais comuns:
 - Deficiência de iodo, Tireoidite de Hashimoto e tratamento para hipertireoidismo

CLASSIFICAÇÃO

- Hipotireoidismo Primário
- Hipotireoidismo Central:
 - Secundário (Hipofisário)
 - Terciário (Hipotalâmico)
- Resistência aos hormônios tireoidianos

QUADRO CLÍNICO

- Sintomas gerais: Fadiga, ganho de peso, intolerância ao frio, rouquidão, edema periorbital
- Cardiovasculares: Bradicardia, hipertensão diastólica, edema periférico,

derrame pericárdico

- Pulmonares: Dispnéia, derrame pleural
- Gastrointestinal: Constipação
- Gêrito-urinário: Queda da taxa de filtração glomerular, aumento da creatinina, infertilidade e menorragia
- Neurológicos: Déficit de memória, ataxia, dificuldade de concentração, fraqueza muscular, síndrome de aprisionamento de nervo (túnel do carpo), lentidão de reflexos, parestesias, diminuição na audição, psicose
- Dermatológicos: Pele grossa e seca, alopecia difusa, pele amarelada

DIAGNÓSTICO

Condição Clínica	TSH (0,3-5,0mUI/ml)	T4 Livre (0,93-1,7ng/dL)	T3 Total (80-200ng/dL)
Hipotiroidismo Primário	↑	↓	↓
Hipotiroidismo Central	↓↔↑	↓	↓
Resistência aos Hormônios Tiroidianos	↑↔	↑	↑

Para definição da etiologia:

- Anticorpos positivos (Antiperoxidase, Antitireoglobulina)
- Ultrassonografia de tireóide
- Ressonância Nuclear Magnética

TRATAMENTO

- Levotiroxina, dose única (pela manhã e em jejum):
 - Dose inicial:
 - 1,6mcg/Kg/dia no adulto saudável (idosos: 30% a menos)
 - Na prática: 25 a 50mcg no adulto saudável e 12,5 nos idosos
 - Progressão da dose: 25mcg nos adultos e 12,5mcg nos idosos e cardiopatas
 - Monitorização: Reavaliação de 4 a 6 semanas
 - Alvo: TSH entre 0,5 e 2,0mUI/mL associado a melhora clínica

- Reavaliação: 6 a 12 meses quando estabilizar a dose
- Associação com T3: Não há comprovação da eficácia
- Falta de resposta: Avaliar medicações concomitantes
- Duração do tratamento: A depender da causa
- Efeitos adversos: Hipertireoidismo em 20% dos casos

COMA MIXEDEMATOSO

INTRODUÇÃO

- Complicação mais grave do hipotireoidismo
- Mortalidade elevada (60%)
- Tríade clássica: Alteração do estado mental + termorregulação deficiente + fator precipitante
- Principais fatores precipitantes: Infecções, IAM, AVC, exposição ao frio, trauma, ICC, etc.

QUADRO CLÍNICO

Os 7 "H"
1- Hipotiroxinemia
2- Hipotermia
3- Hipoventilação
4- Hipotensão
5- Hiponatremia
6- Hipoglicemia
7- Hipocortisolemia

TRATAMENTO

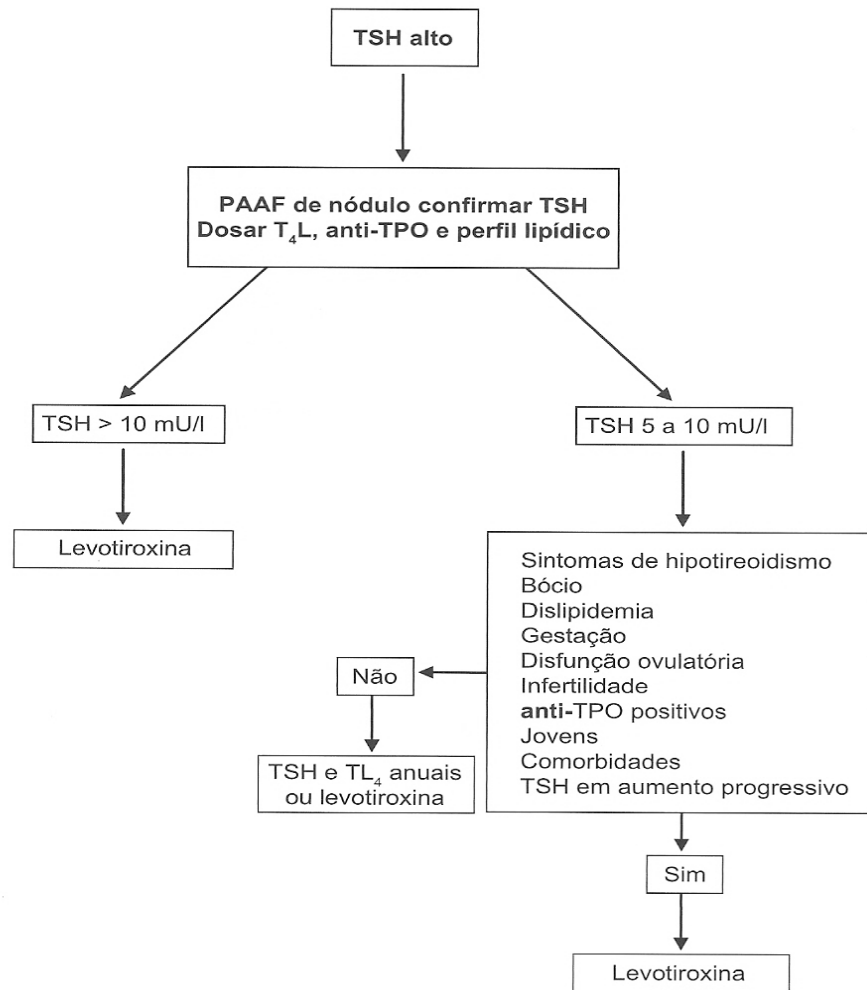
Suporte	Ventilação adequada Reposição volêmica e tratamento do choque Hiponatremia: Restrição hídrica + levotiroxina (NaCl a 3% se grave sintomática) Tratar hipoglicemia com solução glicosada Tratar infecções e outros fatores precipitantes
Reposição Hormonal	Ataque: Levotiroxina 300-500µg EV + Triiodotironina 10µg EV associado S/N Manutenção: Levotiroxina 50-100µg/dia EV + triiodotironina 10µg EV de 8/8h S/N OU Levotiroxina 300-600µg/dia VO + triiodotironina 25µg VO de 8/8h
Corticoterapia	Hidrocortisona 100mg de 8/8h até estabilização (Iniciar antes da levotiroxina)

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO

INTRODUÇÃO

- Acomete 3 a 8% dos pacientes sem tiroidopatia e 10 a 20% dos pacientes acima de 60 anos
- TSH elevado e T4L/T3 normais
- Necessário 2 dosagens para confirmar
- Preditores de progressão para hipotiroidismo franco: AntiTPO(+), TSH>10mUI/mL e hipoecogenicidade da tiróide ao USG

TRATAMENTO



SÍNDROME DO EUTIROIDEO DOENTE

- Mecanismo de adaptação em pacientes criticamente enfermos
- Redução do T3 e aumento do rT3. Inicialmente com T4 normal ou baixo. TSH normal com leve redução e aumentando posteriormente na fase de recuperação
- Recomendações:
 - Postergar dosagem de FT em pacientes críticos, exceto quando suspeita de tireoidopatia.
 - Atentar para drogas que influenciam a função tiroídiana

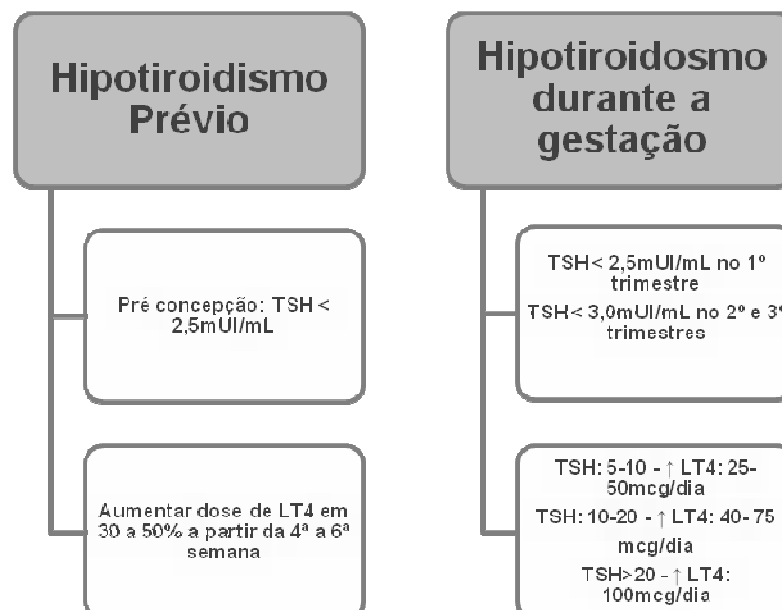
(corticóide, dopamina...)

- Discordância entre T4L e TSH não são usuais nas disfunções
- ↓ T4T em pacientes muito graves
- T3 reverso tem pouco valor
- Variação do TSH: 0,02 a 20mUI/mL

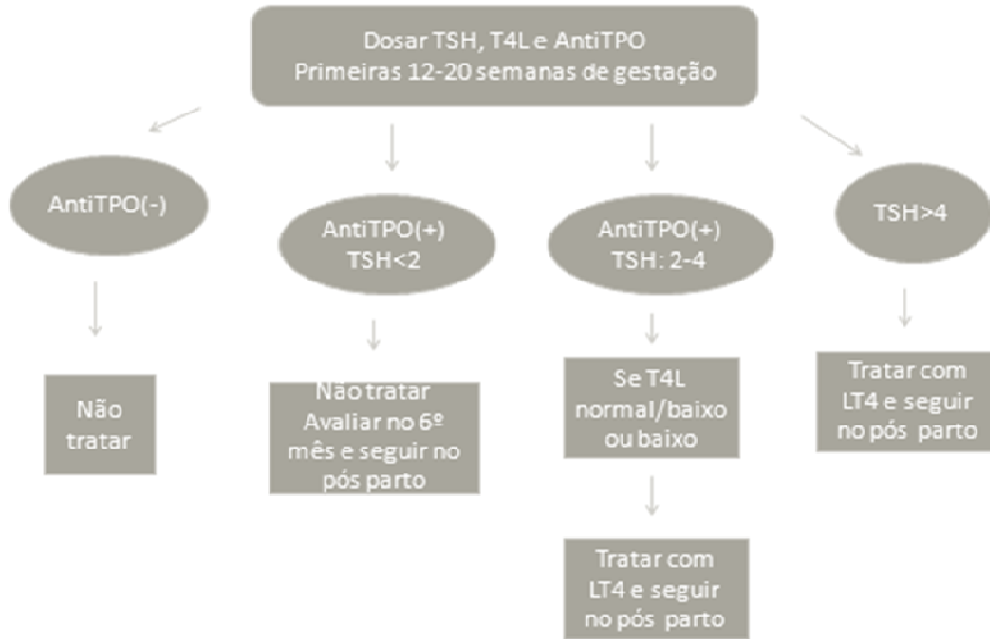
HIPOTIROIDISMO E GRAVIDEZ

- Aumento de 10 a 20% no volume tiroidiano na gestação
- Aumento do clearance renal de iodo e da produção e turnover de TSH
- Níveis elevados de globulina ligadora (TBG)
 - ↑ produção e ↓ metabolismo hepático (estrogênio)
 - 12^a a 14^a semana de gestação (↑T3T e T4T)
- Ação agonista do hCG com TSH
- Alteração na função das monodeiodases
- Tendência ao hipotiroidismo

TRATAMENTO



ALGORITMO



FLUXOGRAMA

