

2024

PROTOCOLO SUS HIPERTIREOIDISMO



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE



DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DAE)

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SEABEVS)

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (SMS)

Protocolo SUS - Hipertireoidismo

São Paulo, outubro de 2024.

ÍNDICE

01

Definição e Manifestações

..... pág. 2

02

Sinais e Sintomas, Diagnóstico e Imagem

..... pág. 3

03

Etiologia e Tratamento

..... pág. 4

04

Fatores Relacionados à Remissão da Doença

..... pág. 5-6

05

Hipertireoidismo Subclínico

..... pág. 6

06

Fluxograma de Investigação

..... pág. 6-7

HIPERTIREOIDISMO

Definição

Sua principal causa é autoimune (80%), sendo conhecida como Doença de Graves. Apesar de ser uma doença tireoideana, ela também apresenta diversas manifestações e complicações sistêmicas.

Acomete 5-10x mais mulheres, com pico de incidência dos 30-50 anos, raça branca, e estima-se que 10-20% dos pacientes apresentarão remissão espontânea da doença.

Pode haver concomitância com outras morbidades endocrinológicas como diabetes mellitus tipo 1, doença de Addison, ooforite autoimune, deficiência isolada de ACHT, entre outros.

A Doença de Graves se dá pela produção de anticorpos contra o receptor de TSH (TRAb), ativando-o e levando a secreção excessiva de hormônios tireoideanos.

Ela normalmente apresenta 3 manifestações principais: hipertireoidismo com bócio difuso, oftalmopatia infiltrativa e mixedema pré tibial.

Manifestações sistêmicas mais comuns

BÓCIO: pode ser observado em quase 97% dos casos. Habitualmente é difuso, mas pode ser variável. Em alguns pacientes há presença de sopro e frêmito, devido ao aumento do fluxo sanguíneo.

OFTALMOPATIA: os autoanticorpos causam uma autoagressão intraorbitária, e pode ocorrer em até 50% casos. Pode ocorrer proptose ou exoftalmia, edema periorbital, quemose e hiperemia conjuntival.

DERMOPATIA: ocorre devido ao acúmulo de glicosaminoglicanos e está presente em 5-10% dos casos de Doença de Graves. Podem surgir lesões cutâneas hiperocrômicas, além de edema e hiperemia da região pré tibial, com aspecto de “casca de laranja”.

Sinais e sintomas

Nervosismo	Palpitações
Agitação	Intolerância ao calor
Dificuldade de concentração	Pele quente e úmida
Alteração na memória	Sudorese excessiva
Emagrecimento com polifagia	Tremores
Insônia	Fraqueza muscular
Alterações oculares	Aumento no número de evacuações

Diagnóstico

O diagnóstico laboratorial se faz com níveis de TSH suprimidos, com elevação dos valores totais e livres de T4 e T3. A presença do anticorpo TRAb é altamente específica e ocorre em 90-100% dos casos. Já os anticorpos antiTPO positivos em até 90% dos pacientes, e antiTg em 50% deles.

Outros achados bioquímicos: leucopenia, hipercalcemia e hipercalciúria, redução dos níveis de colesterol, alteração das transaminases e bilirrubinas nos casos de maior gravidade.

Avaliação por imagem

1.) Cintilografia: deve ser realizada na presença de nódulos tireoideanos, com o objetivo de excluir produção anômala de hormônios pelas nodulações.

2.) Punção de aspirado por agulha fina (PAAF): devem ser realizados, quando houver indicação, após a cintilografia, se excluída produção anômala de hormônios tireoideanos, ou seja, se o resultado da cintilografia vier como nódulos normo ou hipocaptantes.

3.) Ultrassom: haverá aumento do volume glandular, além do aumento do fluxo vascular difusamente.

Etiologia

TIREOTOXICOSE COM HIPERTIREOIDISMO	TIREOTOXICOSE SEM HIPERTIREOIDISMO
Doença de Graves	Iatrogênico
Bócio multinodular tóxico	Tireoidites
Adenoma tóxico	Struma ovarii
Doença trofoblástica	Metástase de neoplasia tireoideana
Hiperêmese gravídica	Ingestão de hormônios tireoideanos
Tireotropinoma	Uso de medicações

Tratamento

As tionamidas tem como ação principal inibir a síntese de tiroxina (t4) e tri-iodotironina dentro das células foliculares. As utilizadas no Brasil são o Tiamazol e Propiltiouracil, este último ainda com o efeito de inibir a conversão periférica do T4 em T3.

Ambas as medicações possuem um efeito imunossupressor, atuando na redução dos níveis dos autoanticorpos.

- Doses iniciais das tionamidas:

VALOR DE T4 LIVRE	TIAMAZOL	PROPILTIOURACIL
1-15X O LSN	5-10 MG	100-200 MG
1,5-2X O LSN	10-20 MG	200-400 MG
2-3X O LSN	30-40 MG	600-800 MG

**LSN: limite superior da normalidade

O uso do tiamazol deve ser feito em uma única tomada, enquanto do propiltiouracil pode ser dividido em mais tomadas. O tiamazol apresenta preferência no uso, incluindo na lactação, com exceção do primeiro trimestre da gestação e nos quadros de crise tireotóxica.

É importante salientar que o acompanhamento, após o início da medicação, se dará pelos valores do t4 livre, uma vez que o TSH pode permanecer suprimido por diversos meses.

Habitualmente, o tratamento com as tionamidas estaria indicado por 12 a 18 meses, de modo contínuo. Se ao longo deste tempo o paciente necessitar de altas doses de medicação, com dificuldade no controle, é um sinal de que dificilmente haverá remissão da doença.

Já em outra situação, ainda neste período de 12 a 18 meses, se houver sinais de hipotireoidismo (TSH elevado), orienta-se a não suspender a tionamida, e associar doses baixas de levotiroxina.

Os principais efeitos colaterais que necessitam de atenção são agranulocitose e hepatotoxicidade. Portanto, na presença de sinais e sintomas de febre, odinofagia, icterícia, devem ser investigadas tais complicações.

O uso de betabloqueadores pode ser utilizado no início do tratamento, quando ainda não houve o controle da doença, em que sintomas autonômicos como palpitações, taquicardia, insônia, nervosismo e agitação podem ser incômodos. Normalmente, o propranolol é a droga mais usada.

Fatores relacionados à remissão da doença

MAIOR CHANCE DE REMISSÃO	MENOR CHANCE DE REMISSÃO
Bócio de menor volume	Bócio de grande volume
Idade acima de 40 anos	Crianças e adolescentes
TRAb menor que 12	TRAb acima de 12
Tratamento medicamentoso por pelo menos 12-18 meses	Tratamento medicamentoso menor que 12 meses
Níveis iniciais baixos de T3	TSH suprimido ao fim do tratamento
	Presença de oftalmopatia
	Presença de rinite alérgica
	Alta ingestão de iodo
	Tabagismo

Em casos de ausência de remissão da doença, a indicação de tratamento se dá a opções definitivas, como a radioiodoterapia ou tireoidectomia.

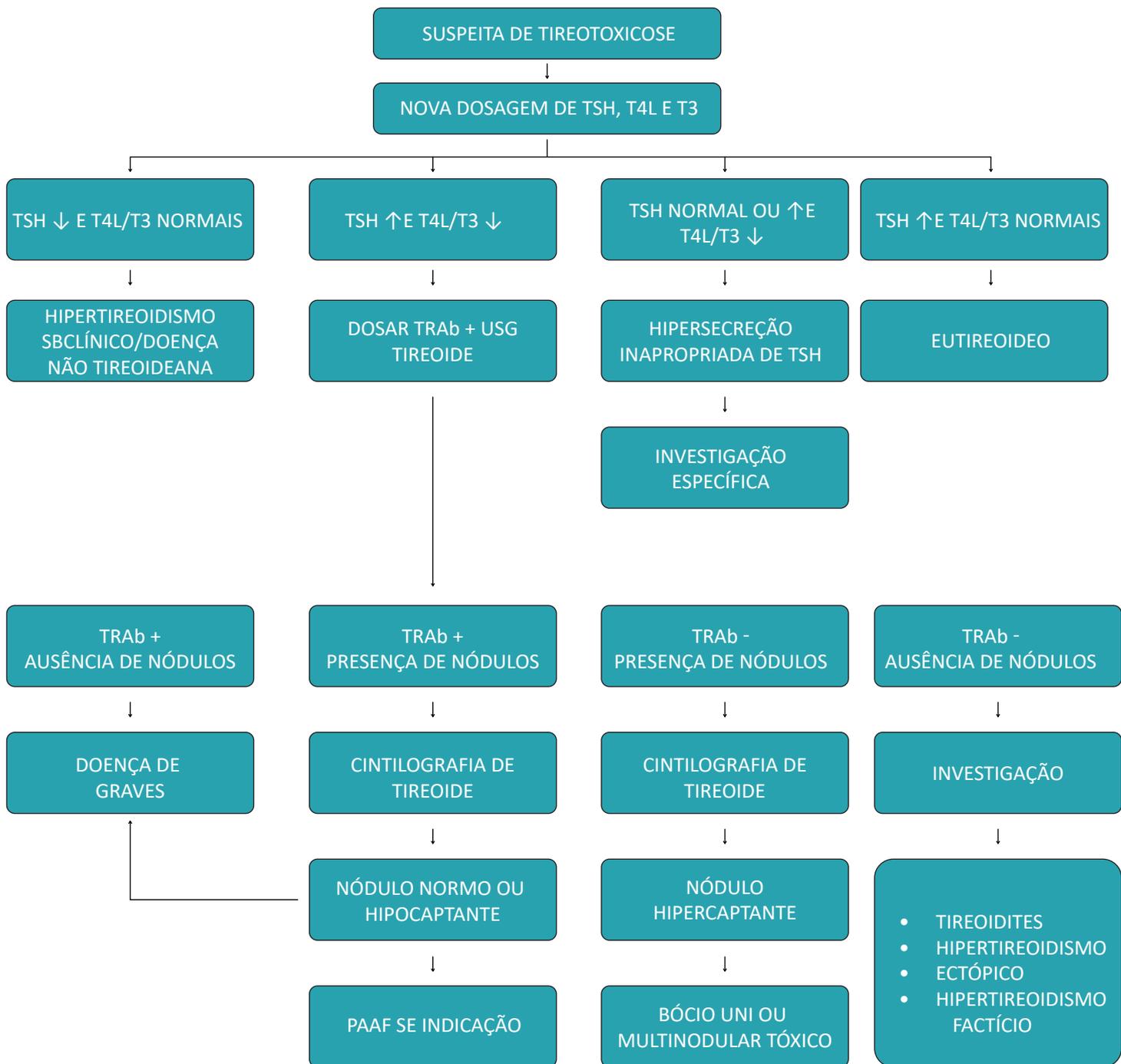
Vale lembrar que se paciente do sexo feminino, com desejo de gestar, deve-se optar pela cirurgia ou radioiodoterapia se puder esperar por 12 meses.

Hipertireoidismo subclínico

	TSH < 0,1	TSH ENTRE 0,1 E 0,4
Idade > 65 anos	Tratar	Considerar tratar
Cardiopatias		
Osteoporose		
Pós menopausa		
Sintomáticos		
Idade < 65 anos	Considerar tratar	Manter vigilância
Sem comorbidades		

Fluxograma da investigação de hipotireoidismo

Os pacientes diagnosticados com hipertireoidismo devem ser encaminhados ao médico especialista para seguimento. Entretanto, o médico generalista pode, e deve, já orientar quanto a necessidade de acompanhamento desta doença, encaminhar para avaliação do oftalmologista, além de solicitar os exames laboratoriais e de imagem para avaliação completa da função tireoideana.



Referências

VILAR, L. Endocrinologia Clínica. 6ª edição; p.

Guideline American Thyroid Association.

Guideline American Association of Clinical Endocrinologists

Rastreo, diagnóstico e manejo do hipotireoidismo na gestação, Posicionamento
FEBRASGO, 2022.

Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
(SBEM) sobre utilização dos testes de Função Tireoidiana na Prática Clínica.

Artigos do Departamento de Tireoidopatias da Sociedade Brasileira de
Endocrinologia e Metabologia.

FORNEIRO, M. et al. Abordagem do nódulo de tireóide. Med. Ciên. E Arte, Rio de
Janeiro, v.1, n.1, p.92-101, 2022.

Protocolo escrito por Beatriz R A Rossi 2023-24.



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE