



HIPERTIREOIDISMO

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

DIAGNÓSTICO

SINAIS E SINTOMAS

- Astenia.
- Sudorese.
- Intolerância ao calor.
- Pele quente, fina, macia, úmida.
- Diarréia ou aumento na frequência de evacuações.
- Perda de peso sem hiporexia.
- Taquicardia.
- Tremores de extremidade
- Nervosismo / Irritabilidade
- Insônia
- Exoftalmia (pode estar presente na Doença de Graves).
- Bócio pode estar presente.
- Anemia é freqüente.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- Lembrar que na gestação ocorre aumento fisiológico de T3 e de T4 total devido aumento sérico da TBG (proteína carreadora dos hormônios tireoidianos). Os níveis de T4 livre, entretanto, permanecem normais. O TSH pode estar reduzido, principalmente ao longo do 1º trimestre, devido a ação inibitória do beta HCG. Níveis baixos de TSH são frequentemente observados na hiperêmese gravídica e retornam a valores normais com a resolução da hiperêmese, quadro que caracteriza o hipertireoidismo transitório da gestação.
- No hipertireoidismo: os níveis de T4 livre estão aumentados e os níveis de TSH diminuídos.
- O anticorpo anti-receptor do TSH (TRAb), quando solicitado, confirma o diagnóstico de Doença de Graves e ajuda a diferenciar do hipertireoidismo transitório da gestação. Quando este anticorpo está presente, aponta para um risco maior de hipertireoidismo neonatal

CONDUTA

- A cirurgia da tireóide está indicada somente quando não há resposta satisfatória ao tratamento clínico (doses persistentemente elevadas de drogas antitireoidianas) ou em decorrência de efeitos adversos das drogas antitireoidianas. O momento ideal para a cirurgia é o segundo trimestre
- **Iodo¹³¹ está formalmente contraindicado na gestação.**
- Monitorar o crescimento fetal pela ultrassonografia seriada.
- Observar presença de bócio fetal (primeiro sinal de disfunção tireoidiana) e taquicardia fetal persistente (sinal de hipertireoidismo fetal)
- Avaliação quinzenal da vitabilidade fetal.
- A época e a via do parto obedecem a critérios obstétricos.
- Lembrar que o neonato, filho de mulher que fez uso de droga antitireoidiana, pode apresentar hipertireoidismo transitório e deve ser acompanhado nos primeiros meses após o nascimento.

MEDICAÇÃO

- Drogas antitireoidianas: como atravessam a placenta e podem bloquear a tireóide fetal, devemos prescrever a dose mínima necessária para controlar os sintomas e manter o T4 livre no limite superior da normalidade. Não indicar droga antitireoidiana nos casos de hipertireoidismo transitório da gestação.
- Propiltiouracil (PTU) – é a droga de escolha para o primeiro trimestre:
 - Dose inicial depende da severidade dos sintomas: 50 a 300 mg VO, fracionados a cada 8h.
 - Tem risco de hepatotoxicidade (que pode ocorrer em qualquer momento)
- Metimazol – não deve ser utilizado no primeiro trimestre devido ao risco de *aplasia cutis* e embriopatias:
 - Dose inicial: 5-15 mg, VO, a cada 12 horas.
 - É a melhor opção a partir do segundo trimestre
- Monitorar T4 livre a cada 2-6 semanas para titulação da dose dos medicamentos.
- Na amamentação: Metimazol em dose até 20 a 30 mg/dia e PTU em dose até 300 mg/dia podem ser utilizados neste período (porém sempre em doses fracionadas e após a amamentação)

CRISE TIREOTÓXICA

SINAIS E SINTOMAS

- Febre elevada.
- Taquicardia sinusal e outras taquiarritmias.
- Irritabilidade extrema.
- Delírio ou outros sinais e sintomas neurológicos.
- Icterícia pode estar presente.

CONDUTA EMERGENCIAL

- A crise tireotóxica deve ser conduzida, de preferência, em unidades de tratamento intensivo.
- Manter a paciente aquecida, de preferência com cobertor térmico.
- Reverter a hipotensão com expansor de volume plasmático.
- Atenção para o estado nutricional pelo catabolismo acentuado apresentado pela paciente.
- Investigar possíveis focos de infecção.

MEDICAÇÃO

- **Não prescrever ácido acetilsalicílico.**
- Drogas antitireoidianas:
 - Propiltiouracil: 600 a 1.000 mg/dia, VO. (melhor opção)
 - Metimazol: 60 a 100 mg/dia, VO.
- Iodeto: 500 a 1.000 mg, VO, quatro vezes ao dia, após a inibição da síntese hormonal.
- Propranolol: 40 mg, VO, a cada seis horas, para controle dos sinais adrenérgicos.
- Hidrocortisona: 100 mg, EV, a cada oito horas.
- Sedação da paciente com benzodiazepínico: 10 mg, VO ou IM, até de 8/8 horas.

Leitura sugerida

- DE GROOT, L., et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an endocrine society clinical practice guideline. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, v.97, n.8, p.2543-2565, 2012.
- STAGNARO-GREEN, A., et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. **Thyroid**, v. 21, n.10, p.1081-1125, 2011.