HIPOTIREOIDISMO

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

RASTREAMENTO

- O rastreamento universal não está indicado.
- As mulheres consideradas de alto risco para desenvolver disfunção tireoidiana devem ser rastreadas:
  - Acima de 30 anos;
  - História familiar de doença auto-imune da tireoide ou hipotireoidismo;
  - Presença de bócio;
  - Anticorpos antitireoperoxidase presentes (Anti-TPO)
  - Sinais ou sintomas sugestivos de hipotireoidismo;
  - Diabetes Mellitus tipo 1 ou outras doenças auto-imunes;
  - Histórico de infertilidade;
  - História prévia de abortamento ou parto prematuro;
  - Submetidas à tireoidectomia ou irradiação da cabeça/pescoço;
  - Mulheres que já tomam levotiroxina

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

- Astenia.
- Fadiga.
- Intolerância ao frio.
- Queda de cabelo.
- Macroglossia.
- Dores osteomusculares
- Pele seca, fria, amarelada, edemaciada.
- Constipação intestinal.
- Ganho ponderal excessivo.
- Bradicardia.
- Parestesias.
- Anemia freqüente.

O hipotireoidismo subclínico não cursa com sintomas clínicos evidentes, porém tem sido associado a desfechos adversos maternos e fetais e, portanto, requer tratamento (particularmente naquelas mulheres com Anti-TPO +)

LABORATORIAL

- Na gestação, o hipotireoidismo é definido no primeiro trimestre como um valor de TSH > 2,5 associado à redução nos níveis de T4 livre ou TSH ≥ 10 independente dos níveis de T4 livre.
- O hipotireoidismo subclínico na gestação é definido com TSH entre 2,5 e 10,0 associado a T4 livre normal
- No hipotireoidismo secundário (hipofisário ou hipotalâmico), o T4 livre está baixo e o TSH pode estar normal ou baixo
- A dosagem de T3 não é necessária para o diagnóstico da doença.

CONDUTA OBSTÉTRICA

- Monitorar o crescimento fetal pela ultrassonografia seriada.
- Avaliação quinzenal da vitabilidade fetal .
- A época e a via do parto obedecem a critérios obstétricos.

MEDICAÇÃO

- A levotiroxina sintética (T4) é a droga de escolha. Deve ser administrada em dose única matinal (em jejum no mínimo 40 minutos antes da refeição).
- O objetivo do tratamento é a normalização dos níveis maternos de TSH de acordo com o trimestre (1º trimestre: 0,1 a 2,5 mUI/L; 2º trimestre: 0,2 a 3,0 mUI/L; 3º trimestre: 0,3 a 3,0mUI/L)
- Mulheres com anticorpo anti TPO + e TSH < 2,5 mUI/L devem repetir a dosagem do TSH a cada 4 a 6 semanas.
- Iniciar com 25 a 50 mcg/dia, VO, aumentando, se necessário, 25 mcg a cada 1 a 2 semanas.
- Monitorar T4 livre e TSH a cada 4 semanas até 16-20 semanas. Depois monitorar o TSH ao menos mais uma vez entre 26-32 semanas
- Mulheres com hipotireoidismo prévio, assim que engravidam devem ter sua dose de levotiroxina aumentada em torno de 25 a 30% com o objetivo de normalizar o TSH. Mulheres com histórico de tireoidectomia total ou de radioablação tireoidea podem necessitar aumentar 50% da dose de levotiroxina prégestacional.
- No pós-parto, as pacientes com hipotireoidismo prévio devem retornar à dose pré-gestacional e ter o T4 livre/TSH dosados 6 semanas após o parto.

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.