

ATUALIZAÇÃO EM DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS DA TIREÓIDE, BASEADA EM EVIDÊNCIAS E CENTRADA NO PACIENTE

Valéria C. C. Guimarães, Luiz Cláudio de Castro e Wanderley Marques Bernardo

Esta nova seção da RAMB tem como objetivo principal trazer ao leitor, especialista ou generalista, casos clínicos da prática diária, para que sejam discutidos à luz das recomendações do Projeto Diretrizes da AMB e CFM.

Em cada edição da Revista, um especialista convidado, participante da elaboração de diretrizes baseadas em evidências, apresentará um caso clínico, associado a uma série de perguntas, cujas respostas podem ser obtidas na Diretriz AMB-CFM correspondente ao tema abordado. As diretrizes podem ser consultadas nos endereços eletrônicos: www.projetodiretrizes.org.br ou www.amb.org.br, e as respostas às questões clínicas serão disponibilizadas nesta seção, na edição subsequente.

Faz parte do projeto da RAMB disponibilizar esta seção on-line, em planilha apropriada, para que o leitor possa participar, por meio de suas respostas, de processo educativo continuado, que poderá somar pontos para o Certificado de Atualização Profissional.

Esperamos que cenários clínicos abordando dúvidas em diagnóstico, terapêutica, prognóstico, etiologia ou ética, discutidos frente às recomendações do Projeto Diretrizes, possam contribuir para a disseminação do conhecimento baseado em evidências e centrado no paciente, como também para a atualização e auto-avaliação médica.

TEMA ABORDADO

Especialidade de abrangência: Endocrinologia

Diretriz a ser consultada: Doença da Tireóide: Utilização de Testes Diagnósticos

CENÁRIOS E QUESTÕES CLÍNICAS

Você é o (a) responsável pelo ambulatório de doenças da tireóide em seu serviço. Após cada atendimento, os residentes discutem os casos com você. Estes devem ser analisados à luz das melhores evidências científicas disponíveis.

1. Paciente de 42 anos, sexo masculino, com queixa de astenia, adinamia, dificuldade de memória e de concentração há cerca de 6 meses. Procurou ambulatório de clínica geral, onde se observou discreto bócio difuso de superfície lisa, FC 64 bpm, PA 100 x 70 mmHg. Foram solicitados os seguintes exames: TSH = 13,8 mU/L (ref 0,5-4,5), T4 livre = 0,7 ng/dl (0,8-1,8); USG de tireóide demonstrou aumento difuso da glândula, ecotextura heterogênea, três cistos em lobo direito, sem nódulos sólidos. Os residentes da clínica discutem com você e fazem alguns comentários sobre o caso, mas está incorreto dizer:

- a - Apesar do T4 livre ainda estar normal, o TSH já está elevado pois existe uma relação log-linear inversa entre eles, na qual pequenas alterações do T4 livre levam a grandes alterações do TSH. Se uma nova dosagem confirmar a elevação do TSH, não é necessário demonstrar valores de T4 livre abaixo do limite inferior, para o diagnóstico de hipotireoidismo.
- b - Devem fazer parte da investigação as dosagens de anticorpos antitireoperoxidase e antitireoglobulina para a avaliação de auto-imunidade, apresentando os primeiros maior sensibilidade.
- c - A dosagem de T3 também tem boa acurácia no diagnóstico do hipotireoidismo, principalmente na fase inicial, auxiliando na definição do diagnóstico.

d - Você inicia o tratamento com levotiroxina. Entretanto, o paciente só retorna quatro meses após, com os primeiros controles, que mostram TSH 11,4 mU/L, T4 livre 1,7 ng/dl. Estes valores podem refletir inadequada aderência ao tratamento, com uso intermitente do medicamento e tomada antes da coleta da amostra de sangue.

e - Os dados da literatura mostram, com adequado grau de consistência, que é recomendável proceder a avaliação da função tireoideana em todos os indivíduos após os 35 anos de idade, pela maior prevalência de hipotireoidismo a partir desta faixa etária.

2. Paciente de 25 anos, na nona semana de gestação, encaminhada pelo obstetra por apresentar alteração na função tireoideana: TSH 16,3 mU/L (ref 0,5-4,5), T4 livre 1,0 ng/dl (ref 0,8-1,8), anticorpos antitireoperoxidase 2430 U/ml (ref < 30). Quanto aos comentários seguintes, está incorreto dizer que:

- a - Sugere-se que todas as gestantes façam avaliação da função tireoideana (TSH, T4 livre, ATPO), uma vez que o hipotireoidismo materno não-compensado aumenta o risco de abortamento ou de seqüelas permanentes no desenvolvimento neurocognitivo da criança.
- b - A confirmação da elevação do TSH é essencial, antes de se iniciar a terapia de reposição com levotiroxina.
- c - As necessidades de levotiroxina são maiores durante a gestação.
- d - Fisiologicamente, o hiperestrogenismo gestacional leva a uma diminuição dos níveis de globulina ligadora de tiroxina (TBG) e, conseqüentemente, a diminuição nos níveis de T4 e T3 totais, podendo confundir a situação com hipotireoidismo.

e - No caso de uma gestante ter TSH e T4 livre normais, mas anticorpos antitireoperoxidase positivos, há um risco maior de desenvolver tireoidite puerperal quando comparada à população de gestantes com anticorpos negativos

3. Paciente de 23 anos do sexo feminino, apresentando agitação psicomotora há cerca de um mês, associada a perda de peso, taquicardia, tremores e cansaço. Vai acompanhada da mãe à consulta médica. Em relação ao seguinte quadro clínico e resultados laboratoriais, podemos afirmar, exceto:

a - Paciente com tireóide normal à palpação. Você solicita os seguintes exames: TSH < 0,01 mU/L (ref 0,5-0,45), T4 livre 0,8 ng/dl (ref 0,8-1,8), T3 368 ng/dl (ref 80-180). Esse quadro clínico-laboratorial é compatível com ingestão exógena de T3 ou derivados, para fins de emagrecimento.

b - Paciente com bócio visível, difusamente aumentado, presença de exoftalmia e tremores de extremidades. Os exames solicitados mostram: TSH < 0,01 mU/L, T4 livre 2,4 ng/dl, T3 390 ng/dl, TRAb 19% de inibição (ref < 15%), ATPO 890 U/ml (ref < 35). Esse quadro é compatível com Doença de Graves.

c - Paciente com bócio uninodular. Exames mostram TSH < 0,01 mU/ml, T4 livre 2,1 ng/dl, T3 358 ng/dl, TRAb 8% de inibição, ATPO 21 U/ml; cintilografia mostra nódulo único em lobo esquerdo, assumindo o funcionamento da tireóide. Pode-se tratar de Doença de Graves, pois cerca de 5% a 10% dos portadores têm TRAb e ATPO negativos.

4. Você discute com os residentes sobre monitorização da função tireoideana de alguns casos vistos no ambulatório. Surgem alguns comentários. Não procede a seguinte afirmação:

a - Paciente de 34 anos, com diagnóstico de pan-hipopituitarismo pós-parto há seis anos, com deficiência nos setores corticotrófico, tireotrófico, lactotrófico e gonadotrófico. Vem para avaliação de rotina, trazendo os seguintes exames: TSH 0,5 mU/L (ref 0,5-4,5), T4 livre 0,7 ng/dl (ref 0,8-1,8). É correto dizer que o TSH não tem valor nesta situação e a reposição da levotiroxina deve ser monitorada apenas por meio do valor do T4 livre.

b - Paciente de 58 anos, sexo masculino, em acompanhamento há um ano pós-tireoidectomia total por câncer papilífero. As evidências na literatura não permitem que a monitorização da terapia supressiva com levotiroxina seja feita apenas pela dosagem de TSH com ensaio de terceira geração, não havendo a necessidade de rotina de se solicitar o T4 livre.

c - Paciente de 27 anos, sexo feminino, com diagnóstico estabelecido de Doença de Graves há quatro meses. Em uso de propiltiouracil (PTU). Clinicamente em eutiroidismo, TSH 0,1 mU/L (ref 0,5-4,5), T4 livre 1,4 ng/dl (ref 0,8-1,8), T3 170 ng/dl (ref 80-190). Deve-se aumentar a dose do PTU, pois o TSH sozinho é o melhor parâmetro no acompanhamento do tratamento do hipertireoidismo, já que não demora muito para se normalizar.

d - O uso de medicamentos deve ser sempre questionado na avaliação da função tireoideana, podendo refletir na alteração de alguns resultados, como por exemplo: o uso do AAS pode aumentar a dosagem de T4 livre; o uso de glicocorticóides pode levar à supressão dos níveis de TSH; o uso do fenobarbital pode causar redução na dosagem do T4 total.

e - Em pacientes obesos, observa-se aumento discreto nos níveis séricos de T3, conseqüente a aumento na conversão periférica.

RESPOSTAS DO CENÁRIO CLÍNICO "TRATAMENTO DO ACOMETIMENTO SISTÊMICO DO LÚPUS ERITEMATOSO"

(Publicado na Rev Assoc Med Bras 2006; 52(1): 14-5)

1 - B: Em casos com manifestação de anemia hemolítica auto-imune, refratários a corticoterapia, a opção terapêutica de preferência é utilizar imunoglobulina intravenosa.

2 - C: No acometimento cardiopulmonar, beneficia-se da corticoterapia em doses moderadas a pleurite.

3 - D: Em relação à confusão mental aguda apresentada pela paciente, a ciclofosfamida é opção terapêutica para o acometimento do SNC.

4 - E: Não está entre as medidas terapêuticas indicadas na nefropatia a terapia imunossupressora, a qual está contraindicada para casos que já evoluíram para perda da função renal.

5 - C: Se a paciente estivesse em aleitamento, a principal mudança no esquema terapêutico seria que a dose de corticosteróide deve ser inferior a 20 mg/dia, com intervalo de quatro horas entre a tomada e a amamentação.