

HIPERTIREOIDISMO EM MULHER DE 78 ANOS: RELATO DE CASO

HYPERTHYROIDISM IN A 78 YEARS OLD WOMAN: CASE REPORT

MATHEUS SOARES LEITE^{1*}, DIOGO LIMA MACHADO DE SOUZA², ERIC DE SOUZA MAGALHÃES¹, FLÁVIO HENRIQUE PENA E COSTA³, LAIS SIMIÃO GARCIA⁴, LEANDRO MARCIO VIEIRA E ANDRADE⁵, LUCIANO ALMEIDA BARBOSA FONSECA¹, LUIS HENRIQUE ANDRADE¹, LUIZ ANTONIO MENDES FRANCO¹, MARCOS HENRIQUE DUTRA SANTIAGO¹, MARIA LUIZA BARROS FREITAS⁶, MARIANA BARROS FREITAS⁶, MATEUS BARBOSA BRAGA¹, PEDRO PAULO ANDRADE⁷, SABRINA MARTINS PEGO⁸, TÚLIO CURBANI CALLEGARI ROCHA¹

1. Acadêmico do curso de graduação em Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/ IMES – UNIVAÇO, Ipatinga, MG; 2. Médico graduado pela FAMINAS – BH. Médico do Programa Mais Médicos – Governo Federal; 3. Acadêmico do curso de graduação em Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG, Belo Horizonte, MG; 4. Médica graduada pelo IMES – UNIVAÇO. Médica plantonista no Hospital Irmandade Santa Casa de Araras – SP; 5. Médico graduado pela EMESCAM – ES. Médico do Programa Mais Médicos – Governo Federal. Médico plantonista do SAMU de Ipatinga, MG. 6. Médica graduada pelo IMES – UNIVAÇO. Médica plantonista do Plantão de Urgências e Emergências em Unidade de Atenção Básica no Município de Coronel Fabriciano, MG; 7. Médico graduado pela Faculdade de Medicina de Valença, RJ. Médico do Programa Estratégia Saúde da Família João Teixeira Cotta de Galiléia, MG. Médico plantonista no Hospital Imaculada Conceição de Galiléia, MG; 8. Médica graduada pelo IMES – UNIVAÇO. Médica generalista na Clínica Médica Reunidas de Ribeirão das Neves, MG.

* Rua Chapecó, 173/301, Caravelas, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-282. matheus-leite2007@hotmail.com

Recebido em 04/07/2019. Aceito para publicação em 06/08/2019

RESUMO

Hipertireoidismo é uma doença caracterizada pelo aumento da síntese e da liberação dos hormônios produzidos pela glândula tireóide. O quadro de tireotoxicose refere-se à síndrome clínica desencadeada pelo excesso de hormônios tireoidianos circulantes, podendo ser secundário ao hipertireoidismo ou não. O trabalho em questão busca relatar um caso de hipertireoidismo em uma mulher de 78 anos, visando auxílio no diagnóstico e tratamento da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertireoidismo, tireóide, nódulo.

ABSTRACT

Hyperthyroidism is a disease characterized by increased synthesis and release of the hormones produced by the thyroid gland. The thyrotoxicosis syndrome refers to the clinical syndrome triggered by excess circulating thyroid hormones, which may be secondary to hyperthyroidism or not. The work in question seeks to report a case of hyperthyroidism in a 78-year-old woman, seeking assistance in the diagnosis and treatment of the disease.

KEYWORDS: Hyperthyroidism, thyroid, nodule.

1. INTRODUÇÃO

Hipertireoidismo é uma doença da tireóide decorrente de uma hiperfunção glandular. Essa situação pode ser consequência de um problema glandular, denominado hipertireoidismo primário, ou um problema no hipotálamo ou na hipófise, denominado hipertireoidismo secundário ou central. Vale salientar que se tem uma situação denominada como tireotoxicose, que tem por definição qualquer estado clínico que resulta em excesso de hormônio da tireóide,

T3 e T4, nos tecidos. Portanto, todo quadro de hipertireoidismo que não está controlado clinicamente levará a um quadro de tireotoxicose, porém nem toda tireotoxicose decorre do hipertireoidismo^{1,2}.

A doença de Graves é a principal causa de hipertireoidismo no nosso meio. Essa é mais comum em mulheres do que em homens (8:1) e tem seu início, geralmente, entre os 20 e 40 anos. A patogenia da doença de Graves envolve a formação de autoanticorpos que se ligam em receptores nas células foliculares da tireóide e estimula a hiperfunção da glândula^{1,3}.

Estudos mostram que o portador da doença de Graves apresenta maior propensão à desenvolver outros distúrbios autoimunes sistêmicos, por exemplo, vitiligo, doença celíaca, anemia perniciosa, doença de Addison, alopecia aerata e diabetes mellitus tipo 1 autoimune^{1,4}.

Entre as manifestações clínicas mais frequentes nos portadores de hipertireoidismo, tem-se nervosismo, taquicardia, bócio, sudorese excessiva, tremor, fadiga, intolerância ao calor, emagrecimento, pele quente e úmida e dispnéia. De um modo geral, as manifestações clínicas apresentam uma correlação direta para com os níveis hormonais circulantes². O bócio, caracteristicamente difuso e simétrico à palpação, encontra-se presente em 97% dos casos, podendo está ausente em até 20% dos idosos. Por isso, tal doença também é conhecida por bócio difuso tóxico³.

Ao paciente com suspeita de hipertireoidismo, deve-se realizar uma anamnese detalhada associada a um exame físico minucioso, a fim de buscar o diagnóstico e tentar correlacionar algum achado com uma provável etiologia. Tempo de início dos sintomas, uso de medicamentos, exposição ao iodo (realização de exames com contrastes iodado ou uso de algum produto

com alto teor de iodo) e história familiar positiva para doenças da tireóide são questionamentos importantes e que devem ser pautados na anamnese. Já no exame físico, peso corporal, frequência cardíaca, pressão arterial, ausculta do aparelho cardiovascular e palpação e ausculta da tireóide são fundamentais na avaliação inicial do paciente^{1,2}.

Como propedêutica inicial do paciente, deve-se solicitar a dosagem do hormônio TSH, uma vez que esse é o teste de maior confiabilidade para o diagnóstico das formas primárias de hipotireoidismo e hipertireoidismo^{1,5,6}. A dosagem do hormônio T4 em sua forma livre deve ser solicitado à fim de propiciar maior embasamento no diagnóstico. Caso se tenha uma dosagem baixa de TSH associada a uma dosagem normal de T4 livre, a dosagem do hormônio T3 pode auxiliar no diagnóstico. Os exames de anticorpos anti-receptores de TSH (TRAB) e a cintilografia de tireóide são úteis na investigação etiológica do hipertireoidismo, porém não são fundamentais para a decisão terapêutica inicial⁷.

O tratamento do hipertireoidismo pode ser realizado através de fármacos antitireoidianos, de cirurgia (tireoidectomia subtotal) ou da radioblação com iodo radioativo. Como drogas de escolha têm-se as tionamidas, por exemplo, o metimazol e o propiltiouracil. Essa classe de drogas atua inibindo a síntese dos hormônios tireoidianos e também possuem efeito imunomodulador². O metimazol é a droga de primeira escolha por apresentar um menor risco de hepatotoxicidade grave e a sua dose varia de acordo com a gravidade do quadro:

- T4 livre entre 1 a 1,5 vezes o valor de normalidade: 5 a 10 mg/dia.
- T4 livre entre 1,5 e 2 vezes o valor de normalidade: 10 a 20 mg/dia.
- T4 livre entre 2 e 3 vezes o valor de normalidade: 20 a 40 mg/dia em 1 à 2 tomadas.
- Após atingir os níveis de normalidade do T4 livre: 5 a 10 mg/dia.

Pacientes com sintomas adrenérgicos (palpitação, tremores, insônia) podem ser tratados com betabloqueadores (propranolol 20 a 40 mg em 2 tomadas ao dia)⁷.

Como primeira escolha de tratamento definitivo tem-se o iodo radioativo. Esse não apresenta efeitos adversos importantes, com exceção do hipotireoidismo iatrogênico. Em poucas situações a cirurgia é indicada à citar, por exemplo, sintomas compressivos e refratariedade aos tratamentos citados anteriormente⁷.

Como controle do tratamento, deve-se monitorar os pacientes em intervalos de 1 à 3 meses com dosagem de T4 livre, uma vez que o TSH pode permanecer suprimido por 6 a 12 meses após o início do tratamento. Após 12 à 18 meses, se não houver remissão da doença de Graves, o tratamento definitivo com iodo radioativo ou cirurgia deve ser considerado desde que o paciente esteja disposto e não apresente contra indicações para tais^{7,3}.

Sendo assim, o presente relato de caso apresenta como objetivo expor um caso clínico de hipertireoidismo, oportunizando à discussão com evidências que embasem no diagnóstico e tratamento da doença.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 78 anos, comparece à consulta solicitando a renovação de receita dos medicamentos que usa para controle da hipertensão arterial sistêmica. Para além disso, relata tremor, sudorese, nervosismo e emagrecimento de 3 kg nos últimos 2 meses sem mudança de padrão alimentar. Paciente desconhece alergia medicamentosa. A mesma relata ser portadora de hipertensão arterial sistêmica, contudo, diz que não vem fazendo acompanhamento médico para controle de tal doença. Desconhece outras comorbidades. Atualmente em uso de hidroclorotiazida 25mg 01 comprimido pela manhã e losartana 50mg 01 comprimido de 12/12 horas. Nega etilismo e tabagismo. Ao exame físico: PA 160x110 mmHg; FC 106 bpm; FR 19 irpm; Sat. O2 96%; Temp. 36.8°C; Peso: 82,5 kg. À ectoscopia nota-se nódulo em região cervical anterior (Figura 1). Na palpação percebe-se um nódulo tireoidiano aderido a planos profundos, fixo, indolor, de consistência fibroelástica, localizado mais à esquerda da região cervical. Durante ausculta de tireóide não se observa sopros. Aparelho respiratório, aparelho cardiovascular, aparelho digestivo e sistema nervoso sem alterações ao exame.



Figura 1: Nódulo cervical anterior. **Fonte:** Prontuário médico da paciente.

Além da hipótese de hipertensão arterial sistêmica crônica descompensada, outra hipótese diagnóstica levanta foi de hipertireoidismo descompensado. Sendo assim, seguiu-se a propedêutica, solicitando a dosagem do TSH, T4 livre, Anti-TPO, TRAB, hemograma, glicemia de jejum, lipidograma, creatinina, ionograma e EAS. A prescrição dos anti-hipertensivos foi renovada e acrescentou-se propranolol 40mg 01 comprimido de 12/12 horas. A paciente foi orientada à realizar os exames mais precocemente possível e retornar com os resultados, além de realizar um controle com aferição da pressão arterial pela manhã e pela tarde durante sete dias.

Ao retornar com resultado dos exames, a dosagem

do T4 livre encontrava-se com valores acima da normalidade e o TSH estava com valor abaixo da normalidade. Demais exames sem alteração. Com isso, foi concluído que se tratava de um caso de hipertireoidismo primário. Visto o valor do T4 livre, foi prescrito metimazol 10mg 01 comprimido ao dia. Para maior elucidação do quadro, foi proposta complementação propedêutica solicitando exame de imagem. No caso foi solicitado ultrassonografia com Doppler e cintilografia da tireóide para aprofundar investigação do nódulo encontrado no exame físico.

Após 01 semana, paciente retornou com o resultado dos exames de imagem. Ultrassonografia nota-se: Lobo direito medindo 2,3 x 5,3 x 2,4 cm; Lobo esquerdo medindo 6,6 x 7,2 x 2,7 cm; Istmo medindo 1,5 cm de espessura; Volume total de 82 cm³. Não se evidenciou alterações ao Doppler. Cintilografia apresentava: Bócio difuso normo captante e distribuição heterogênea do radiotraçador em seu parênquima. A impressão diagnóstica foi de bócio multinodular tóxico.

Paciente permanece em tratamento clínico medicamentoso e acompanhamento médico trimestral a fim de se obter a remissão da doença. Caso não se atinja tal objetivo, a orientação de encaminhá-la ao especialista para a indicação de tratamento definitivo já foi abordada para com a paciente.

3. DISCUSSÃO

As duas principais disfunções tireoidianas que afetam os idosos são o hipotireoidismo e o hipertireoidismo. Essas podem estar associadas com outras alterações endócrinas e metabólicas, por exemplo, diabetes mellitus. Dentre esses dois distúrbios, no idoso, o hipertireoidismo é menos comum, apresentando uma frequência de 0,7% a 1,5%⁸. Na população geral, tem-se como principais etiologias do hipertireoidismo a Doença de Graves (60% a 80% dos casos), seguida pelo bócio multinodular tóxico (BMNT) (10% a 30% dos casos). O adenoma tóxico (AT) e as tireoidites são menos comuns (1%)⁷. Frente aos percentuais listados, o BMNT e o AT constituem as principais causas de hipertireoidismo no idoso². Frente ao caso exposto no trabalho, percebe-se que tal justificativa para o quadro de hipertireoidismo da paciente encontra-se dentro de uma das principais causas de hipertireoidismo no idoso, no caso o BMNT.

Dentre as manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes idosos, sabe-se que as mais comuns são fadiga, perda de peso e perda do apetite. Já o nervosismo, palpitação e intolerância ao calor são menos comuns. Durante o exame, cerca de 75% dos pacientes apresentam nódulo tireoidiano palpável³. O quadro clínico relatado no trabalho mostra que a paciente apresentava um dos sintomas mais comuns, no caso a perda de peso, associado às queixas que a literatura refere como não tão comuns, como, a sudorese. Para além disso, a mesma encontrava-se dentro da porcentagem de pacientes com nódulo palpável, o que propicia maior embasamento para se

estabelecer uma hipótese diagnóstica mais robusta e, conseqüentemente, seguir uma propedêutica mais direcionada.

Paciente com suspeita clínica de distúrbio da tireóide deve-se iniciar propedêutica solicitando a dosagem de TSH e T4 livre. Se houver a possibilidade de se realizar cintilografia, ultrassonografia de tireóide e a dosagem de anticorpos específicos, no caso anti-TPO e TRAB, tais podem ser solicitados, entretanto não são fundamentais para se estabelecer o diagnóstico⁷. Caso os recursos sejam escassos, o exame que é indicado a se solicitar visto a sua maior sensibilidade e especificidade, é a dosagem do TSH⁹. A paciente exposta no caso referiu que apresentava certa possibilidade de realizar exames, com isso, iniciou-se propedêutica solicitando a dosagem hormonal e dos anticorpos específicos além de exames gerais.

Têm-se diversos meios de se firmar o diagnóstico de hipertireoidismo a citar:

- Paciente sintomático com dosagem de TSH baixa e T4 livre alta é classificado como portador de hipertireoidismo primário.
- Paciente sintomático com dosagem de TSH e T4 livre alta é classificado como portador de hipertireoidismo secundário ou central.
- Paciente com suspeita clínica com dosagem de TSH alta e T4 livre normal, deve-se solicitar a dosagem de T3. Caso a dosagem venha alta, classifica-se como portador de hipertireoidismo primário. Caso a dosagem venha baixa, classifica-se como portador de hipertireoidismo subclínico.

Os valores de referência para se avaliar os níveis dos hormônios solicitados são preconizados por cada laboratório responsável pela realização dos exames⁷. No caso clínico relatado, a mesma apresentou uma dosagem de TSH baixa e T4 livre elevada. Sendo assim, estabeleceu-se o diagnóstico de hipertireoidismo primário tendo como etiologia o bócio multinodular tóxico que foi evidenciado no exame de imagem solicitado após propedêutica laboratorial inicial.

O tratamento pode ser baseado em três opções, que são à medicamentosa, à cirúrgica e à radioblacção com iodo radioativo. Aqueles pacientes que apresentam sintomas adrenérgicos, o tratamento com betabloqueador é indicado. De uma forma geral, inicia-se o tratamento medicamentoso com os fármacos antitireoidianos e encaminha o paciente ao endocrinologista para planejamento do tratamento a longo prazo com o uso da medicação ou o tratamento definitivo⁵. Geralmente o controle do hipertireoidismo no paciente com BMNT que faz o uso de medicação antitireoidiana é temporário, com isso, tem-se a indicação do tratamento definitivo². A paciente do caso recebeu o tratamento com o betabloqueador, visto que a mesma apresentava sintomas de ativação adrenérgica, e a medicação antitireoidiana foi iniciada a fim de se tentar obter a remissão da doença.

O acompanhamento clínico do paciente diagnosticado com hipertireoidismo deve ser feito através da dosagem hormonal de TSH e T4 livre⁴.

Recomenda-se que após 4 a 6 semanas do início do tratamento se faça a dosagem de T4 livre. Após, deve-se realizar tal dosagem de 1 a 2 meses até atingir o eutireoidismo com a menor dose possível do medicamento de escolha. Ao atingir o objetivo, deve-se manter o acompanhamento com exames a cada 2 a 3 meses¹⁰. Deve-se lembrar que o TSH pode permanecer suprimido de 6 à 12 meses, portanto não é um bom marcador de controle da doença no início do tratamento. O acompanhamento até se obter a remissão da doença deve ser realizado até 18 meses e caso não se obtenha tal, é indicado considerar o tratamento definitivo e, por isso, deve-se encaminhar o paciente ao endocrinologista⁵. A paciente do relato em questão segue em acompanhamento trimestral através da dosagem hormonal. Caso não se obtenha sucesso com o tratamento medicamentoso, já foi discutido com a mesma a possibilidade do tratamento definitivo e, com isso, a mesma será encaminhada ao especialista para o planejamento de tal.

4. CONCLUSÃO

Geralmente para se estabelecer o diagnóstico clínico de hipertireoidismo não tem dificuldades e a confirmação diagnóstica se dá pela dosagem do TSH e dos hormônios tireoidianos. O tratamento pode ser realizado através do uso de fármacos antitireoidianos, de cirurgia ou de radioblação com iodo radioativo. Sendo a escolha feita de acordo com as características clínicas, os métodos disponíveis e preferíveis pelo médico assistente que se encontra na localidade e a escolha do paciente.

REFERÊNCIAS

- [1] Zolapa AR, Luke A, Giuliano EA, Guglielmo AE, Schwartz BS, Johnston CB, *et al.* CURRENT Medicina: Diagnóstico e tratamento. 51^a ed. Porto Alegre: AMGH Editora LTDA. 2013.
- [2] Maia AL, Scheffel RS, Meyer ELS, Mazeto GMFS, Carvalho GA de, Graf H, *et al.* Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013; 57(3):205–232.
- [3] Gabriel T, Jardim A, Campelo P, Araújo B, Fino R, Montalvão P, *et al.* Doença de Graves: Proposta de Atuação na Tireoidectomia Total. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.* 2017; 12(1):93-97.
- [4] Oliveira V, Resende MR. Hipotireoidismo e Hipertireoidismo – Uma breve revisão sobre as disfunções tireoidianas. *Rev Interciência & Sociedade.* 2014; 3(2):36-44.
- [5] Carvalho GA, Perez CLS, Ward LS. Consenso em tireoide: Utilização dos testes de função tireoidiana na prática clínica. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013; 57(3):193-204.
- [6] Valente O. Rastreamento diagnóstico das principais disfunções tireoidianas. *Rev Diagn e Tratamento.* 2013; 18(1):49-51.
- [7] Rados DRV, Brenner JK, Agostinho MR, Oliveira EB, Roman R. Telecondutas: Hipertireoidismo. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGRS. 2017. [acesso 03 jul. 2019] Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_hipertireoidismo.pdf.
- [8] O tratamento da disfunção tireoidiana no idoso: cuidado. 2018. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia: Regional São Paulo. [acesso 03 jul. 2019] Disponível em: <https://www.sbemsp.org.br/para-o-publico/noticias/179-o-tratamento-da-disfuncao-tireoidiana-no-idoso-cuidado>.
- [9] Neves C, Alves M, Delgado JL, MEDINA JL. Doença de Graves. *Arq Med.* 2008; 22(4/5):137-146.
- [10] Como deve ser feito o acompanhamento de um paciente com hipertireoidismo em uso de metimazol ou propiltiouracil? 2014. BVS Atenção Primária em Saúde. [acesso 03 jul. 2019] Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/como-deve-ser-feito-o-acompanhamento-de-um-paciente-com-hipertireoidismo-em-uso-de-metimazol-ou-propiltiouracil/>.