



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS

**TIREÓIDE**  
**MANEJO CLÍNICO NA REDE**  
**PÚBLICA MUNICIPAL DE**  
**SAÚDE DE CAMPINAS**

# **HIPOTIREOIDISMO - Definição**

**\* Caracteriza-se por menor ação dos hormônios tireoidianos nos diferentes tecidos.**

**\* A principal causa é a redução da produção e liberação de hormônios pela glândula tireóide, de forma permanente ou transitória.**

# HIPOTIREOIDISMO - Principais causas

Adulto, criança e adolescente		
Primário permanente	Primário transitório	Central
Tireoidite crônica auto-imune ou tireoidite de Hashimoto	Deficiência ou excesso de iodo	Tumores na região hipotálamo-hipofisária
Tireoidectomia, Radioiodoterapia ou radioterapia cervical	Drogas que bloqueiam a síntese/liberação de hormônios tireoidianos (lítio, etionamida, sulfonamidas, contrastes iodados e amiodarona)	Doenças inflamatórias ou infiltrativas
Deficiência grave de iodo (bócio endêmico)	Citocinas (Interferon, Interleucina 2)	Trauma
Doenças infiltrativas (amiloidose, hemocromatose, sarcoidose)	Tireoidite sub-aguda	
	Tireoidite pós parto	

# HIPOTIREOIDISMO - Principais causas

Congênito ou neonatal	
Permanente	Transitório
Ectopia ou agenesia	Deficiência ou excesso de iodo
Defeito no receptor de TSH ou proteína G	Uso de antitireoidianos pela mãe
Dishormonogênese: Defeitos no transporte de iodo (NIS, Pendrina), deficiência de iodotirosina dehalogenases, defeito de organificação ou síntese de tireoglobulina	Passagem transplacentária de anticorpos antitireoidianos

# HIPOTIREOIDISMO - Quadro clínico

<b>Manifestações clínicas</b>	
<b>Pele e fâneros</b>	Edema não depressível, puff peri orbitário; Pele fria, espessa, seca, pálida e amarelada; Cabelos e unhas frágeis Madarose
<b>Cardiovascular</b>	Redução do débito cardíaco (repouso), do volume sistólico, da frequência cardíaca e da pressão de pulso; Aumento de área cardíaca e abafamento de bulhas; Ao exame de ECG: diminuição da frequência cardíaca, aumento de PR, redução da amplitude de P e QRS, alterações ST-T; Dislipidemia
<b>Respiratório</b>	Hipoventilação levando à hipercapnia, que pode levar ao coma; Apnéia do sono obstrutiva; Discreto derrame pleural exsudativo
<b>Trato digestivo</b>	Diminuição da peristalse, constipação, íleo e megacolon; Disabsorção, anemia perniciosa em 12% dos pacientes; Aumento das necessidades diárias de levotiroxina para tratamento do hipotireoidismo; Aumento de transaminases e antígeno carcinoembrionário (CEA)

# HIPOTIREOIDISMO - Quadro clínico

<b>Manifestações clínicas</b>	
<b>Músculo esquelético</b>	Cãimbras, retardo na contração e relaxamento muscular levando à lentidão de movimentos; Aumento de CPK; Redução do relaxamento de reflexos tendinosos; Síndrome de Hoffmann; Diminuição da velocidade de crescimento e da resposta do GH aos testes de estímulo
<b>Hematopoese</b>	Anemia normocítica normocrômica, megaloblástica ou ferropriva
<b>Sistema nervoso central e periférico</b>	Infância: cretinismo, retardo mental e intelectual; Adultos: alterações da memória, demência, letargia, sonolência, paranóia, depressão, agitação, cefaléia, crises convulsivas, ataxia cerebelar, síndrome do túnel do carpo, diminuição da audição. Neuropatia sensitiva (anemia perniciosa)
<b>Renal</b>	Aumento da água corporal total com redução do volume circulante efetivo (retenção de água pelos depósitos hidrofílicos); hiponatremia.
<b>Endócrino</b>	Hipopituitarismo, galactorréia, amenorréia, ginecomastia, infertilidade, alteração de campo visual; Insuficiência adrenal.

# HIPOTIREOIDISMO - Diagnóstico

❄️ Dosagem de TSH, em níveis elevados, associada com níveis baixos de T4 livre

⊗ A principal causa de hipotireoidismo primário adquirido é a tireoidite de Hashimoto, sendo tal diagnóstico pela presença de anticorpos antitireoidianos.

Realizar rastreamento para hipotireoidismo na gestação nas seguintes situações:

- ↪ Terapia prévia de hipertireoidismo
- ↪ História prévia de TSH alterado
- ↪ História prévia de aborto ou parto prematuro
- ↪ Irradiação prévia do pescoço
- ↪ Bócio
- ↪ História familiar de doença tireoideana
- ↪ Tratamento com amiodarona
- ↪ Diabetes tipo I
- ↪ Qualquer endocrinopatia
- ↪ Qualquer doença auto-imune
- ↪ Uso de medicações: iodo, lítio, carbamazepina, fenitoína, rifampicina
- ↪ Hipercolesterolemia

# HIPOTIREOIDISMO

## Tratamento e Encaminhamento

**Hipotireoidismo  
primário confirmado**

↳ iniciar levotiroxina 25 mcg/dia,  
em jejum, 30 minutos antes do café  
da manhã;

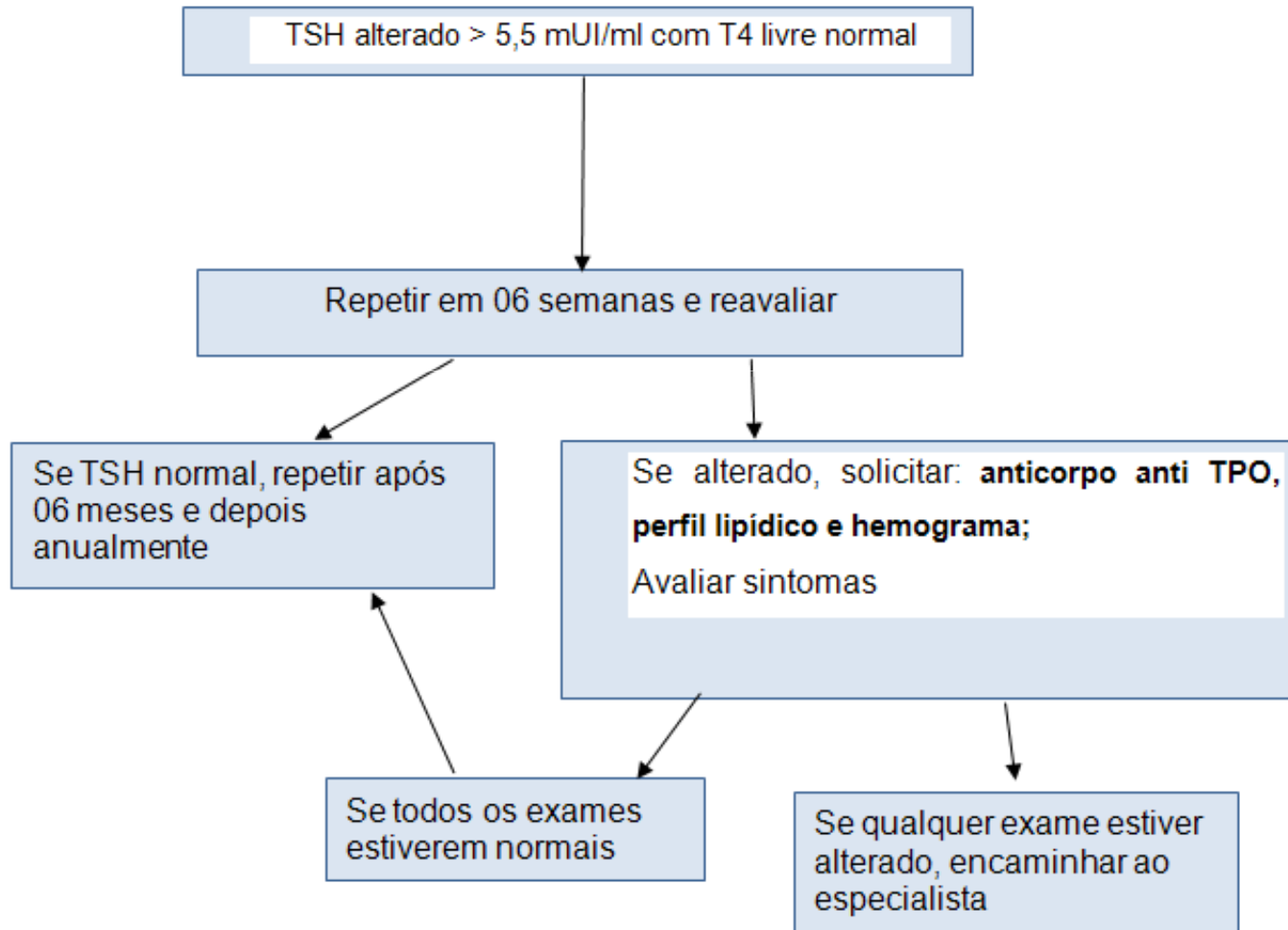
↳ Encaminhar ao endocrinologista.



# HIPOTIREOIDISMO

## Tratamento e Encaminhamento

Hipotireoidismo sub clínico (TSH ELEVADO E T4 LIVRE NORMAL)



- ❖ Crianças: repetir em 06 semanas; se permanecer alterado, encaminhar ao endocrinologista
- ❖ Gestantes: sempre encaminhar com prioridade ao endocrinologista.

# HIPOTIREOIDISMO

## Tratamento e Encaminhamento

Hipotireoidismo  
secundário e terciário  
(adultos)

↪ Não iniciar tratamento  
↪ Encaminhar ao endocrinologista.

Hipotireoidismo  
congenito/ triagem  
neonatal alterada

↪ Encaminhar ao endocrinologista **com**  
**urgência**

Hipotireoidismo na  
gestante

↪ Iniciar levotiroxina 25 mcg/dia, em  
jejum, 30 minutos antes do café da manhã  
↪ Encaminhar ao endocrinologista

❖ Os pacientes serão contra-referenciados para a UBS quando estiverem em uso de levotiroxina e em eutireoidismo, na ausência de nódulos ao exame de ultrassonografia.

❖ Para acompanhamento, solicitar TSH semestral.

# **HIPERTIREOIDISMO - Definição**

**\* Síndrome clínica que resulta do aumento da função da glândula tireóide, levando à tireotoxicose;**

**\* Caracterizada pela exposição dos tecidos à quantidade excessiva de hormônios tireoidianos**

# HIPERTIREOIDISMO

## Etiologia da tireotoxicose

Tireotoxicose secundária ao hipertireoidismo	Tireotoxicose sem hipertireoidismo
<ul style="list-style-type: none"><li>– Doença de Graves</li><li>– Bócio multinodular tóxico</li><li>– Adenoma tóxico (Doença de Plummer)</li><li>– Hipertireoidismo induzido pelo iodo (Jod-Basedow)</li><li>– Hipertireoidismo induzido pela amiodarona</li><li>– Hipertireoidismo induzido por citocinas</li><li>– Tumor hipofisário produtor de TSH ou resistência hipofisária ao TSH</li><li>– Doença trofoblástica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Tireotoxicose exógena (uso de T3)</li><li>– Tireoidite sub aguda ou aguda</li><li>– Tireoidite com tireotoxicose transitória (tireoidite silenciosa, tireoidite pós parto, hashitoxicose)</li><li>– Tireoidite induzida pela amiodarona</li><li>– Tecido tireoidiano ectópico (<i>struma ovarii</i>, metástase funcionante de câncer folicular)</li></ul>

# HIPERTIREOIDISMO - Quadro clínico

Manifestações clínicas	
Pele e fâneros	Aveludada, sudorese quente e excessiva, queda de cabelo, unhas quebradiças
Cardiovascular	Palpitação, taquicardia, taquiarritmias atriais, hipertensão sistólica, ICC de alto débito e sopro
Trato digestivo	Hiperfagia, hiperdefecação, colestase
Músculo esquelético	Fraqueza muscular, mixedema pré tibial, aumento da CPK, aumento da reabsorção óssea
Hematológico	Anemia normocítica e normocrômica, leucopenia e trombocitopenia
Sistema nervoso central e periférico	Tremores de extremidades, hiper-reflexia
Endócrino	Bócio, alterações menstruais, ginecomastia, intolerância a glicose
Oftalmológico	Exoftalmia, retração palpebral, edema palpebral, hiperemia conjuntival, ptose, nistagmo, diplopia
Psiquiátrico	Ansiedade, nervosismo, irritabilidade, labilidade emocional, síndrome do pânico- <i>like</i> ; podendo apresentar quadro psicótico.
Geral	Perda de peso, fadiga, insônia, intolerância ao calor, hipertermia

# HIPERTIREOIDISMO - Diagnóstico

Deve-se realizar a investigação laboratorial:

- ↪ dosagem de TSH e T4 livre
- ↪ hemograma completo
- ↪ dosagem de transaminases

A ultrassonografia de tireóide não é exame necessário para encaminhamento ao endocrinologista.

## DOENÇA DE GRAVES

Baseado principalmente no **quadro clínico** com a presença de três das quatro características principais da doença:

- ❖ **oftalmopatia**
- ❖ **mixedema pré tibial**
- ❖ **bócio difuso palpável**
- ❖ **tireotoxicose clínica**

# HIPERTIREOIDISMO - Encaminhamento

- ❖ Todos os casos devem ser encaminhados ao endocrinologista.
- ❖ Acompanhamento conjunto com equipe do Centro de Saúde.



# NÓDULOS TIREOIDIANOS

## ❄ Definição

São lesões intra-tireoidianas palpáveis e/ou que se distinguem do parênquima normal no exame de ultrassonografia, sendo uma das principais patologias da endocrinologia.

## ❄ Epidemiologia

- ✓ 4 a 7% das mulheres e 1% dos homens adultos apresentam nódulo palpável;
- ✓ Estudos ultrassonográficos (US) mostram que essa prevalência é ainda maior, variando de 19 a 67%, com maior incidência em mulheres e idosos.
- ✓ Apesar da alta frequência, **apenas 5 a 10%** dos nódulos tireoidianos são malignos.



# NÓDULOS TIREOIDIANOS - Diagnóstico

❄ História clínica completa e um exame clínico cuidadoso deverão ser realizados visando, principalmente, a definição das características do nódulo e a avaliação da presença de adenomegalia cervical.

⊗ O risco de câncer é semelhante em pacientes com nódulos palpáveis ou incidentalmente detectados por métodos diagnósticos por imagem.

# Avaliação do risco de malignidade em pacientes com doença nodular tireoidiana

## RISCO AUMENTADO DE MALIGNIDADE

- ✓ Crescimento rápido do nódulo
- ✓ Fixação a estruturas adjacentes
- ✓ Nódulo muito endurecido
- ✓ Paralisia de corda vocal ipsilateral ao nódulo
- ✓ Adenomegalia regional ipsilateral
- ✓ História de irradiação de cabeça e/ou pescoço ou irradiação total para transplante de medula óssea
- ✓ História familiar de Câncer de tiróide ou Neoplasia Endócrina Múltipla
- ✓ Crianças/adolescentes de ambos os sexos e adulto do sexo masculino

# NÓDULOS TIREOIDIANOS

**Características do  
nódulo ao ultrassom  
associadas a um  
maior risco de  
malignidade:**

- ⊗ **Hipoecogenicidade;**
- ⊗ **Microcalcificações;**
- ⊗ **Margens irregulares;**
- ⊗ **Fluxo sanguíneo intranodular  
aumentado ao Doppler;**
- ⊗ **Aumento do diâmetro antero-  
posterior em relação ao transversal em  
nódulos não palpáveis**
- ⊗ **Detecção de adenomegalia regional.**

✓ Entretanto, os achados ultrassonográficos não permitem distinguir lesões benignas e malignas.

# NÓDULOS TIREOIDIANOS

**Exames necessários  
para encaminhamento**

⊗ Solicitar TSH, T4 livre, anticorpos anti TPO e anti tireoglobulina e ultrassonografia.

⊗ Para bócio multinodular, realizar a mesma abordagem.

# NÓDULOS TIREOIDIANOS - Tratamento

❄ Encaminhar ao endocrinologista

❄ Não existe indicação para o tratamento medicamentoso no manejo do nódulo tireoideano.

# TIREOIDITE AGUDA

❄ Ocorre comumente causada por bactérias

## Quadro clínico

❄ Febre alta, disfagia, disfonia, dor cervical anterior com presença de sinais flogísticos nessa região, comumente associada a sinais de infecção nas estruturas adjacentes e sinais sistêmicos com toxemia.

❄ Geralmente, função tireoideana está normal.

❄ Diagnóstico – clínico

❄ Encaminhar ao Pronto-Atendimento

# TIREOIDITE SUBAGUDA

## Definição

- ❄ Desordem inflamatória auto-limitada, associada à dor e sintomas sistêmicos, que pode durar de semanas a meses.
- ❄ Geralmente, surge após quadro infeccioso de vias aéreas superiores.

## Quadro clínico

- ❄ Febre, mal-estar, fadiga, mialgia e artralgia
- ❄ Em alguns casos, pode ser indolor e apresentar febre de origem indeterminada.
- ❄ Sintomas locais – dor de forte intensidade em região cervical anterior com irradiação para mandíbula ou ouvido

# TIREOIDITE SUBAGUDA

## Diagnóstico

❁ Exame clínico, exames de hemograma e VHS

## Tratamento

❁ Iniciar com antiinflamatório não hormonal (AINE)

❁ Encaminhar ao endocrinologista



# Classificação de risco para encaminhamento ao especialista

## VERMELHO

Encaminhar à unidade de urgência e emergência.

- ✓ Tireoidite aguda

## AMARELO

Priorizar no agendamento

- ✓ Hipotireoidismo congênito/ triagem neonatal alterada
- ✓ Hipotireoidismo na criança
- ✓ Hipotireoidismo na gestante
- ✓ Hipertireoidismo
- ✓ Nódulos tireoidianos maiores ou igual a 01 cm
- ✓ Tireoidite subaguda

## VERDE

Agendar na rotina

- ✓ Hipotireoidismo primário confirmado
- ✓ Hipotireoidismo sub clínico
- ✓ Hipotireoidismo secundário e terciário
- ✓ Nódulos tireoidianos menores que 01 cm

# Orientações para encaminhamento à Endocrinologia

Encaminhamento em impresso de referência e contra-referência, com letra legível, contendo identificação da unidade de saúde, assinatura e carimbo do médico solicitante.

Atentar para o preenchimento detalhado da história clínica, exame físico e hipótese diagnóstica.

Transcrever no encaminhamento os medicamentos em uso e os exames realizados, com a data de realização. Geralmente, os pacientes não os trazem às consultas.

**Os exames devem ser recentes (de pelo menos 3 meses)**

Especificar a classificação de risco e motivo/justificativa do encaminhamento.

Orientar para que o usuário chegue 15 minutos antes do horário agendado para consulta, levando os documentos: RG, cartão de nascimento se criança ou adolescente, cartão SUS, comprovante de endereço, encaminhamento médico, ticket de agendamento, receita dos medicamentos em uso e os exames necessários para encaminhamento.

**Idosos, crianças e adolescentes devem comparecer à consulta acompanhados pelo responsável/cuidador.**

# Grupo de Trabalho



- **Médicos Endocrinologistas:**
  - Policlínica 2
  - Complexo Hospitalar Ouro Verde
  - Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
  - Hospital e Maternidade Celso Pierro / PUC Campinas
  - CS Ipaussurama
- **Câmara Técnica de Especialidades**
- **Projeto Gestão Cuidado em Rede**