



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

Manifestações clínicas	
Pele e fâneros	Edema não depressível, puff peri orbitário; Pele fria, espessa, seca, pálida e amarelada; Cabelos e unhas frágeis Madarose
Cardiovascular	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
Respiratório	Hipoventilação levando à hipercapnia, que pode levar ao coma; Apnéia do sono obstrutiva; Discreto derrame pleural exsudativo
Trato digestivo	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

Manifestações clínicas	
Músculo esquelético	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
Hematopoese	Anemia normocítica normocrômica, megaloblástica ou ferropriva
Sistema nervoso central e periférico	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)
Renal	Aumento da água corporal total com redução do volume circulante efetivo (retenção de água pelos depósitos hidrofílicos); hiponatremia.
Endócrino	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**

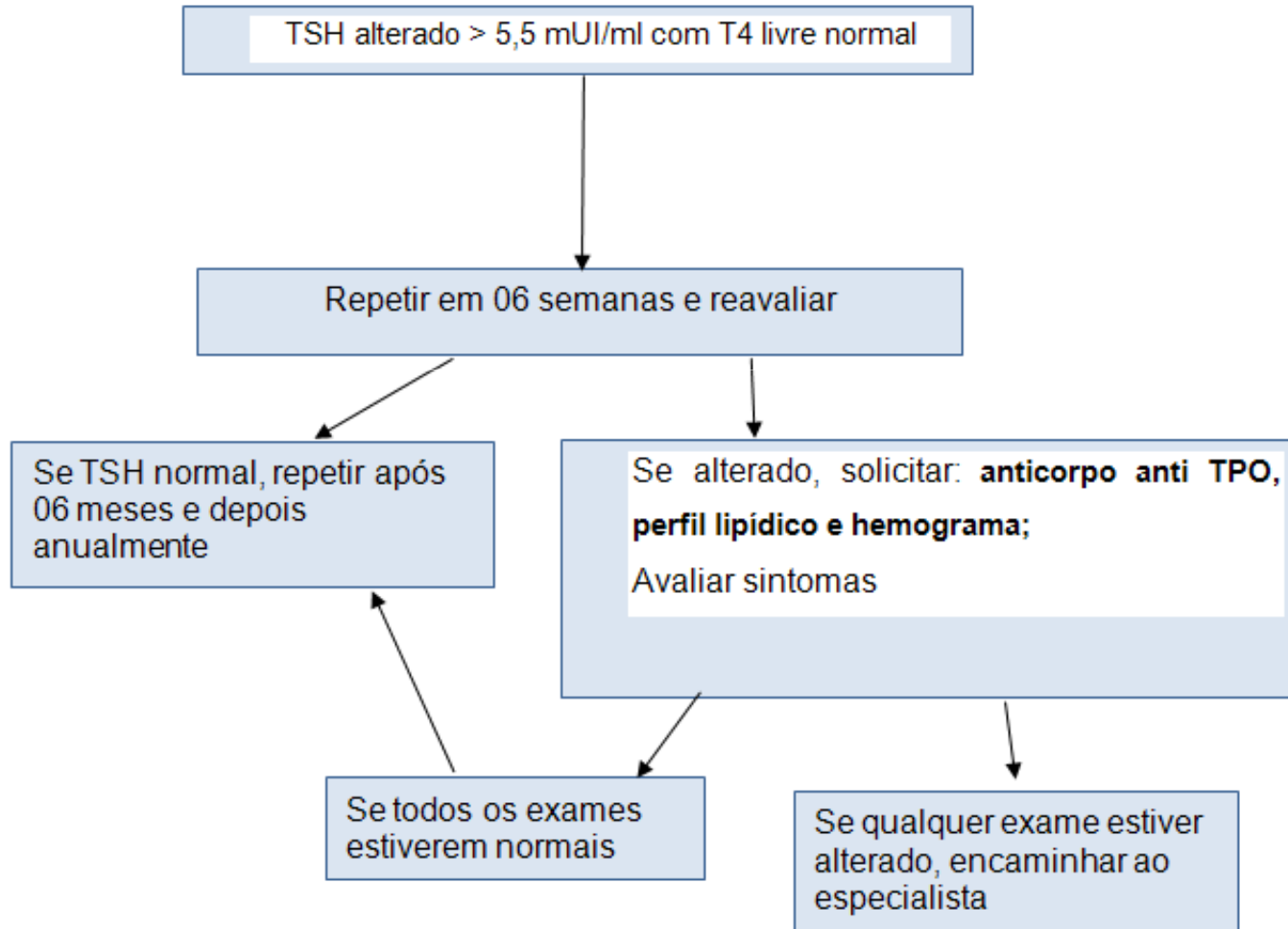
↳ iniciar levotiroxina 25 mcg/dia,
em jejum, 30 minutos antes do café
da manhã;

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

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**