



TeleCedeba

O Cedeba mais perto de você

PROTOCOLO DE HIPERTIREOIDISMO



Estado da Bahia

SECRETARIA
DA SAÚDE

2020. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Todos os direitos de edição reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

ORGANIZAÇÃO:

Núcleo Técnico Científico de Telessaúde do Estado da Bahia e Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA)

ELABORAÇÃO:

Ana Luisa Castro Nascimento de Aguiar

REVISÃO

Daiana Cristina Machado Alves

Érica Lima Costa de Menezes

Flávia Resedá Brandão

REVISÃO GERAL

Flávia Resedá Brandão

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Jamile Neves de Souza Barbosa

DIRETORIA

Reine Marie Chaves Fonseca

REVISÃO TEXTUAL

Mariana de Azevedo Pinto

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO

Mariana de Azevedo Pinto

Fabio Brito dos Reis

COORDENAÇÃO DO PROJETO DE TELECONSULTORIA ESPECIALIZADA

Daiana Cristina Machado Alves

Érica Lima Costa de Menezes

Flávia Resedá

Maria das Graças Velanes

Reine Marie Chaves Fonseca

EQUIPE TÉCNICA CEDEBA

Ana Cláudia Couto

Ana Luisa Castro Nascimento de Aguiar

Caroline Bulcão Souza

Cícero Fidelis

Fabiana Freire Almeida Silva

Fábio Rogério Trujilho,

Flavia Resedá Brandão

Giovanna Feitosa

Julia de Fátima Coutinho

Livia Leite

Luciana Santana Leone de Souza

Ludmila Chaves

Maria das Graças Velanes de Faria

Maria Palmira Carballido Romero

Monique Magnavita

Odelisa Silva de Matos

Regilene Batista

Regilene de Jesus Santos

Renata Peixoto

Rosa Gurgel

Teresa Arruti Rey,

Thaís Dourado Guedes Trujillo

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO

Fábio Brito dos Reis

Mariana de Azevedo Pinto

TIRAGEM:

1ª edição – 2020 – Versão eletrônica

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

TELESSAÚDE BAHIA – DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Endereço: 4a Avenida 400, Plataforma 6, 1o andar, sala 112B,

Centro Administrativo da Bahia, Salvador/BA CEP: 41.750-300.

Tel.: (71) 3115-4151

Endereço eletrônico: <http://telessaude.ba.gov.br/>

Material disponível por meio eletrônico no site <http://telessaude.ba.gov.br/>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. HIPERTIREOIDISMO.....	6
2.1. O QUE É HIPERTIREOIDISMO?	6
2.2. ANAMNESE	7
2.3. SINAIS E SINTOMAS	7
2.4. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	9
2.5. TRATAMENTO.....	10
3. REFERÊNCIAS.....	17

1. INTRODUÇÃO

O Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA), enquanto Centro de Referência, atua na Atenção Secundária e tem como um dos papéis de fundamental importância o matriciamento e suporte especializado à Atenção Primária de Saúde (APS). Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pelo atendimento de grande parte dos casos leves esperados de COVID-19 e que também deve continuar atendendo às pessoas com enfermidades crônicas.

Diante da atual pandemia de COVID-19 e da necessidade de organização do Sistema de Saúde para atender a população de um Estado com grande dimensão territorial, aliado ao crescente movimento para descentralizar atendimentos de pacientes com doenças crônicas, que ainda são realizados na capital do Estado, é imprescindível fortalecer estratégias que possibilitem apoio aos médicos da APS no atendimento à maioria dos pacientes em seu local de origem de forma a agilizar as condutas e controle das enfermidades crônicas.

O Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia, já tendo identificado tal panorama e iniciado fluxo de Serviço em 2019, em parceria com o Núcleo de Telessaúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), ofertará Teleconsultoria Especializada, com objetivo de apoiar os profissionais da APS do Estado da Bahia, no cuidado à população, durante o período de enfrentamento da Pandemia de COVID-19.

Este Protocolo, produzido pelo corpo clínico do CEDEBA, tem como objetivo apoiar os profissionais da Atenção Básica no acolhimento, conduta clínica, solicitação de teleconsultorias especializadas e identificação dos casos com necessidade de um cuidado compartilhado com especialistas de pessoas com hipertireoidismo.

2. HIPERTIREOIDISMO

Os pacientes com hipertireoidismo devem ser encaminhados ao endocrinologista e, devido aos riscos inerentes à patologia na Doença de Graves, o tratamento com antitireoidianos e betabloqueadores pode ser iniciado pelo clínico

2.1. O que é hipertireoidismo?

- É o **excesso de síntese e secreção** de hormônios tireoidianos (ht) pela glândula tireóide;
 - A causa mais frequente é a Doença de Graves, seguida do Bócio Nodular ou Multinodular Tóxico;
 - Outros mecanismos podem ser os agentes, a exemplo de medicamentos contendo iodo, contrastes radiográficos, tumor hipofisário produtor de TSH, resistência hipofisária à ação dos ht;
 - O excesso de ht pode também ser produzido fora da tireoide (*struma ovarii*, metástase de carcinoma folicular).
- Outras causas de tireotoxicose
- Podemos ter excesso de liberação dos hormônios tireoidianos pré-formados nas **Tireoidites destrutivas**:
- Subaguda (granulomatosa ou de Quervain);
- Indolor (silenciosa);
- Aguda (supurativa);
- Palpação (traumática);
- Pós-parto;
- Induzida por drogas

2.2. Anamnese

- Caracterizar os sinais e sintomas e o tempo de aparecimento dos mesmos;
- Questionar se faz uso de medicamentos, em especial a **amiodarona**;
- Se faz tratamento com levotiroxina;
- Se já usou tapazol ou propiltiouracil previamente;
- Lembrar que o uso de anticoncepcionais ou reposição hormonal com estrógenos podem aumentar os níveis de T3 e T4 totais, mas não diminuem o TSH;
- Saber se é asmático, porque o betabloqueador faz parte do tratamento;
- Questionar sobre Antecedentes Familiares de tireoidopatias.

2.3. Sinais e Sintomas

- Perda de peso, fadiga, palpitações, fibrilação atrial, hipertensão sistólica, tremores, bócio difuso, intolerância ao calor, aumento da transpiração, pele quente e lisa, onicólise, afinamento dos cabelos, aumento do apetite, hiperdefecação, oligomenorreia, ansiedade, instabilidade emocional, irritabilidade, insônia, disfagia devido ao bócio;
- Na doença graves associa-se: oftalmopatia (exoftalmia, comprometimento da função dos músculos oculares e edema periorbital e conjuntival) e dermopatia infiltrativa (mixedema pretibial - pápulas elevadas, hiperpigmentadas, com textura de casca de laranja).
- Na **tireoidite subaguda (granulomatosa ou de Quervain)** ocorre dor na região cervical anterior, de intensidade moderada a severa (com irradiação para orelhas, mandíbula e garganta) por semanas, além de histórico de

indisposição, febre e sintomas de faringite. À palpação a tireoide encontra-se pouco aumentada, firme e dolorosa.

➤ Situações Especiais

- Em 1/3 dos pacientes idosos o hipertireoidismo pode ser apático (sintomas como fadiga, perturbação do humor ou falta de ar), em vez de apresentar hiperatividade;
- Atentar para **crise tireotóxica** se paciente severamente tireotóxico, com evidência de descompensação sistêmica e presença de fator precipitante (como cessação abrupta do tratamento, cirurgia, doenças agudas, iodoterapia). Pontuar pela escala BWPS.
- Escala de pontos **Burch-Wartofsky(BWPS)**
- Avalia através de pontuações a temperatura, frequência cardíaca, presença de fibrilação atrial, insuficiência cardíaca, manifestações gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia) e hepática (falência), distúrbios do sistema nervoso (agitação, delírio, psicose, letargia extrema, estupor, convulsões e coma);

Pontua também a presença de fator desencadeante;

➤ Oftalmopatia

- Para avaliar se há atividade clínica utiliza-se as pontuações do CAS (Clinical Activity Score); este escore identifica a fase aguda e prediz resposta a terapias anti-inflamatórias;
- No exame físico avalia-se também se há comprometimento da musculatura ocular extrínseca;
- Medidas tópicas (uso de óculos de sol e colírios lubrificantes);

- Encaminhar ao oftalmologista.

2.4. Diagnóstico laboratorial

- Todos os pacientes com hipertireoidismo primário apresentam TSH baixo;
- A dosagem de T3 e T4 livre estão aumentados;
- Na T3 tireotóxicose somente os níveis de T3 estão aumentados;
- Pode ocorrer também aumento de T4 livre com T3 normal, em pacientes com doença não tireoidiana concomitante (diminuição da conversão extratireoidiana de T4 em T3).
- Em pacientes com hipertireoidismo subclínico, o TSH está abaixo do normal (mas geralmente $> 0,05$ mU / L) e o T4 livre, T3 e T3 livres séricos são normais;
- Existem outras causas de combinação de TSH baixo e T4 livre e T3 normais, além do hipertireoidismo subclínico: hipotireoidismo central; doença não tireoidiana; recuperação do hipertireoidismo; gravidez; algumas pessoas idosas saudáveis; pacientes hospitalizados;
- O anticorpo TRAb elevado no hipertireoidismo é altamente específico para diagnóstico da Doença de Graves.

A. Outros achados laboratoriais

- Exames inespecíficos: hemograma (anemia normocítica e normocrômica), alteração de enzimas hepáticas (em especial a fosfatase alcalina); VHS elevado (tireoidite subaguda);
- Pode haver interferência do ensaio, com redução dos níveis de TSH e aumento de hormônios tireoidianos com a ingestão de biotina (suspender 2 dias antes da coleta).

B. Exames complementares

- US da Tireoide: para mensurar o tamanho do bócio, avaliar a textura da glândula e detectar presença de nódulos;
- Cintilografia da Tireoide com iodo ou tecnécio: para avaliar se nódulos identificados à US são “quentes” ou “frios”; a **captação do iodo radioativo nas 24 horas** diferencia entre Doença de Graves (captação elevada) e tireotoxicose secundária à tireoidite subaguda linfocítica (muito baixa ou ausente);
- Punção aspirativa com agulha fina: indicada quando forem encontrados nódulos tireoidianos normo ou hipocaptantes à cintilografia.

2.5. Tratamento

- **Para a Doença de Graves e o Bócio uni (BNT) e/ou multinodular tóxico (BMNT)** pode-se utilizar antitireoidianos (tionamidas) ou submeter o paciente à iodoterapia ou tireoidectomia;
- A escolha adequada se baseará nas indicações e contraindicações de cada opção terapêutica, grau de severidade da doença, disponibilidade e acessibilidade ao tratamento, velocidade esperada de recuperação, potenciais efeitos colaterais, custos e desejo do paciente.

A. Tratamento Clínico

O uso de antitireoidianos, tiamazol ou propiltiouracil (PTU) como primeira linha de tratamento é indicado em:

- gestantes;

- idosos ou com comorbidades com risco cirúrgico aumentado, ou baixa expectativa de vida;
- irradiação prévia do pescoço;
- oftalmopatia moderada/severa;
- pacientes que precisam de controle mais rápido.
- Tiamazol é a droga de escolha. Preferir PTU no primeiro trimestre de gestação, na crise tireotóxica e em pacientes com reações mínimas ao tiamazol, que recusam iodo e cirurgia;
- Antes de iniciar as tionamidas, sugere-se realização de um leucograma basal e perfil hepático;
- Se o basal de neutrófilos estiver $<1000/\text{mm}^3$ ou transaminases >5 vezes o limite superior do normal deve-se reconsiderar a introdução.

Valor T4 L (acima do limite superior normal)	Dose do tiamazol
Se 1 a 1,5 vezes	5 a 10 mg
Se 1,5 a 2 vezes	10 a 20 mg
Se 2 a 3 vezes	30 a 40 mg

Doses das tionamidas

- **Doença de Graves: dose inicial de tiamazol=** 10 a 30 mg, uma vez por dia. Se precisar controle mais rápido prescrever tiamazol 15 ou 20 mg duas vezes ao dia; doses maiores (60 a 80 mg/d) não aumentam a taxa de remissão, mas de efeitos colaterais;
- **Dose inicial de PTU** 50 a 150 mg, 3 vezes ao dia;
- **Dose para manutenção:** tiamazol 2,5 a 10 mg; PTU 50 a 100 mg;

- Dose de tiamazol para restaurar o eutireoidismo em **BMNT e BNT** é usualmente baixa (5 a 10 mg/d).

Betabloqueador

- Para todos com tireotoxicose sintomática, especialmente se idoso, FC>90 em repouso e doença cardiovascular coexistente;
- Em paciente com doença aérea obstrutiva leve ou fenômeno de Raynaud, usar com cautela β 1 seletivo;
- Considerar o uso, mesmo nos assintomáticos, que estejam em risco de complicações pela exacerbação temporária do hipertireoidismo após dose de iodo;
- Doses usuais: Propranolol 10 a 40 mg, 3 a 4 vezes ao dia; Atenolol 25 a 100 mg 1 a 2 vezes ao dia (não usar em lactantes); Metoprolol 25 a 50 mg 2 a 3 vezes ao dia.

Efeitos colaterais

- **Informar a cada visita que pare imediatamente se sintomas de agranulocitose ou injúria hepática** (icterícia, colúria, acolia fecal, artralgias, dor abdominal, náusea, fadiga, febre ou faringite);
- Se prurido/rash manejar com anti-histamínicos sem suspender a droga (exceto se reação alérgica severa). Se persistir, suspender e mudar para iodo ou cirurgia, ou trocar por outra tionamida, quando essas não são opções;
- Agranulocitose (neutrófilo <500): realizar leucograma com diferencial se doença febril ou faringite; tratamento com granulokine, corticoide ou terapia de suporte;

- Hepatotoxicidade do tiamazol é tipicamente colestática, mas pode ser visto doença hepatocelular. PTU pode causar hepatite fulminante.

Consultas de retorno

Condição	Dose	Período para repetir exames
Dependendo da severidade da tireotoxicose	Inicial, conforme nível de T4l, T3 e tamanho do bócio	dosar T4L e T3 entre 2 a 6 semanas após o início do tratamento
Quando o T4l normalizar, mesmo que o TSH esteja supresso.	reduzir a dose de tiamazol em 30 a 50%	repetir exames em 4 a 6 semanas
Quando o eutireoidismo for alcançado	com dose mínima do medicamento	aumentar o intervalo para 2 a 3 meses
Se tiver usando tiamazol por mais de 18 m		intervalo semestral

Duração do tratamento

- tiamazol deve ser continuado até 12 a 18 m;
- Se o paciente permanecer em hipertireoidismo após completar o curso, considerar tratamento com iodo ou cirurgia;
- Pode ser considerado manter doses baixas de tiamazol por maior tempo, se o paciente preferir;
- Em pacientes selecionados (jovens, com doença leve e estável em dose baixa de tiamazol), manter tiamazol a longo prazo é alternativa razoável;
- Se TRAb persistentemente elevado deve-se continuar o tratamento por mais 12 a 18 m e repetir o TRAb, ou optar por terapia definitiva com iodo ou cirurgia;

- Se uso contínuo de tiamazol, o TRAb deve ser dosado a cada 1 a 2 anos. Descontinuar a droga se tornar-se negativo.

Mulheres em idade fértil

- **Usar método contraceptivo; explicar riscos para o feto;**
- **Se a paciente engravidar: período de maior risco de defeitos causados pelo ATD é de 6 a 10 semanas de gestação; contactar o médico em 24 h;**
- Avaliar se a suspensão do medicamento no primeiro trimestre traria recaída do hipertireoidismo;
- Se alto risco de recorrência ou piora do hipertireoidismo caso suspenda o tiamazol, trocar para PTU após diagnóstico de gravidez; **a dose de ATD deve ser mantida a mínima possível.**

BNT/BMNT

- ATDs não induzem remissão em pacientes com doença nodular tireoidiana. Ocorre melhora, mas a descontinuação do tratamento resulta em recorrência;
- Tiamazol a longo prazo pode ser indicado em alguns idosos ou pacientes com doenças com limitada expectativa de vida, que não sejam bons candidatos à cirurgia ou iodo ou se o paciente preferir;
- Monitorar os hormônios tireoidianos inicialmente a cada 3 m até estabilizar, principalmente em idosos.

Hipertireoidismo subclínico

- Confirmar o resultado em 2 a 6 semanas se alto risco de complicações; para os demais repetir os exames em 3 a 6 m;

- A decisão sobre o tratamento dependerá de vários fatores: idade do paciente, níveis de TSH, presença de fatores de risco cardiovasculares, de doença cardíaca estabelecida, osteoporose, menopausa sem reposição estrogênica ou uso de bisfosfonato e da presença de sintomas;
- As recomendações de tratamento são: se **≥ 65 anos**- TSH < 0,1; TSH ≥ 0,1 e < VR (0,1-0,4) se fatores de risco ou sintomas; se < 65 anos- TSH < 0,1, com fatores de risco ou sintomas. Nos demais casos individualizar. Pode fazer um período de beta-bloqueador para ver se é suficiente.

Tireoidites

- **Subaguda (granulomatosa ou de Quervain)** se poucos sintomas: usar betabloqueador e AINEs. Se dor ou sintomas de tireotoxicose moderados a severos, ou não melhorar com AINEs por muitos dias: usar corticoide (40 mg/d prednisona por 1 a 2 semanas com redução gradual por 2 a 4 semanas);
- **Tireoidite aguda**- etiologia mais frequente é bacteriana; tratar com antibióticos e drenagem cirúrgica s/n; betabloqueador se sintomas de hipertireoidismo;
- **Tireoidite pós-parto** tireotoxicose 1 a 6 m pós-parto. Se sintomática é recomendado o uso judicioso de betabloqueador (propranolol e metoprolol- pouca secreção no leite). Não usar atenolol.

Considerações sobre o tratamento com iodo radioativo

- Indicações: falência ou contraindicação aos antitireoidianos; se há comorbidades com risco cirúrgico; cirurgia ou irradiação prévia pescoço; Insuficiência cardíaca direita por hipertensão pulmonar/Insuficiência cardíaca congestiva; idade avançada; captação suficiente para permitir o tratamento; falta de acesso a cirurgião experiente

- **Contraindicado durante a gestação;**
- **Não engravidar no período de 6 meses a 1 ano após o tratamento;**
- Potencial piora da oftalmopatia.

B. Tratamento Cirúrgico

- Mulheres planejando engravidar < 6 meses, se hormônios tireoidianos normais;
- Sintomas ou sinais compressivos ou bócios grandes (≥ 80 g); bócio mergulhante;
- Nódulos grandes, especialmente > 4 cm, funcionantes ou hipofuncionantes;
- Captação insuficiente para permitir o tratamento com iodo;
- Necessário rápido controle do hipertireoidismo e não podendo usar tionamidas;
- Coexistência de câncer ou hiperparatireoidismo.

3. REFERÊNCIAS

KAHALY; GJ, BARTALENA L, HEGEDUS, L. 2018. European Thyroid Association Guideline for the Management of Graves' Hyperthyroidism. Eur Thyroid J 2018; 7:167. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/490384> > Acesso em: 17 mar. 2020.

ROSS, DS et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and other causes of Thyrotoxicosis. Thyroid, New York, v. 26, n. 10, p. 1343-1421, 2016. Disponível em: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/thy.2016.0229>>. Acesso em: 17 mar. 2020.

ROSS, DS Diagnosis of hyperthyroidism. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-hyperthyroidism>>. Acesso em: 29 mar. 2020.

SHARMA, A, STAN MN. Thyrotoxicosis: Diagnosis and Management. Mayo Clin, June 2019;94(6):1048-1064. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.011> > Acesso em: 17 mar. 2020.

VILAR, L. Endocrinologia Clínica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 507 p. ISBN 9788527730327.

NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

Av. Luis Viana Filho, 400, Secretaria da Saúde, CAB

1º andar - Sala 112-B - CEP 41.745-900 - Salvador/Bahia

 (71) 3115-9650

 telessaudeba

 CanalTelessaudeBA

WWW.TELESSAUDE.BA.GOV.BR

comunica.telessaude@saude.ba.gov.br



Estado da Bahia

**SECRETARIA
DA SAÚDE**