



Conhecimento médico de referência

O desafio de avaliar a função da tiroide na gestação

Alterações fisiológicas podem dificultar a interpretação dos exames no período gestacional

aumento da produção dos hormônios tireoidianos na gestação e sua biodisponibilidade nesse período são fundamentais para a manutenção da gravidez e para o desenvolvimento do feto. Alterações da função da tireoide, como hipo ou hipertireoidismo, e a presença de anticorpos antitireoidianos – na vigência ou não de disfunção da glândula – podem levar a uma série de eventos adversos tanto para a gestação, a exemplo de aborto, parto prematuro e hipertensão gestacional, quanto para o feto. Contudo, a avaliação da função tireoidiana não é uma tarefa fácil na gravidez, pois as alterações fisiológicas do metabolismo, principalmente nas primeiras semanas gestacionais, podem dificultar a definição dos valores de referência e a interpretação dos exames mais usados nessa situação – no caso, o TSH e o T4 livre.

Com o propósito de sistematizar os dados da literatura sobre o assunto e na tentativa de homogeneizar definições diagnósticas e indicações terapêuticas, várias sociedades médicas nacionais e internacionais têm publicado consensos sobre o assunto.

Um dos mais relevantes é o da Sociedade Americana de Tireoide, de 2017, que apresentou algumas modificações em relação aos anteriores, já consideradas em estudos recentes.

Neste texto, abordamos alguns pontos contemplados no consenso e algumas de suas repercussões na prática clínica.

Qual é o intervalo de TSH considerado normal para o primeiro trimestre gestacional?

O intervalo de TSH durante a gestação é menor do que o observado em não gestantes, especialmente no primeiro trimestre, devido, entre outras causas, ao aumento dos níveis de beta-hCG, que age diretamente no receptor de TSH, elevando a produção de hormônio tireoidiano e, consequentemente, reduzindo as concentrações do TSH, que podem apresentar valores baixos e até indetectáveis (<0,01 mUI/L) no primeiro trimestre.

Essa alteração pode levar a um dilema diagnóstico, entre um hipertireoidismo ‘subclínico’ transitório e fisiológico do início da gestação e um hipertireoidismo patológico. Um dado importante é que esse estado de ‘hipertireoidismo subclínico’ não está associado a eventos clínicos adversos ao longo da gravidez. O diagnóstico diferencial entre as duas hipóteses diagnósticas pode ser feito com a dosagem do anticorpo anti-receptor de TSH (TRAb), uma vez que essa seria a principal etiologia de uma hiperfunção patológica da glândula tireoide.

A avaliação dos valores do TSH em gestantes deve considerar a presença do anticorpo antitireoperoxidase (anti-TPO), a ingestão de iodo e o índice de massa corporal. O consenso reforça a importância de que cada população tenha seus próprios intervalos de referência para cada trimestre da gestação.

Em consensos anteriores, entidades como a American Thyroid Association, a Endocrine Society e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia sugeriam que, na ausência de um intervalo de referência específico para uma determinada população, o limite superior da dosagem de TSH de 2,5 mUI/L deveria ser empregado para o primeiro trimestre. As recomendações de 2017 elevaram esse limite para 4,0 mUI/L, ou uma redução de 0,5 mUI/L em relação ao limite superior de referência para a população adulta. Estudos posteriores que usaram os dois pontos de corte mostraram que os eventos adversos na gestação realmente aparecem em pacientes com TSH acima de 4,0 mUI/L. Entretanto, naquelas com TSH entre 2,5 e 4,0 mUI/L, os estudos mostram alguma alteração somente na presença de anti-TPO positivo.

Quando realizar o rastreamento da função tireoidiana na gestante?

A discussão sobre o rastreamento universal de doenças tireoidianas na gestação é recorrente e nenhum dos consensos publicados até o momento recomenda a avaliação da função da tireoide em todas as gestantes – exceto a China, que adota essa estratégia. A principal justificativa dos consensos é que ainda não existem evidências dos efeitos benéficos do tratamento do hipotireoidismo subclínico – que só seria identificado pela dosagem de TSH em todas as grávidas, ou seja, no rastreamento universal – no controle dos eventos adversos maternos e fetais. De acordo com a literatura, com as estratégias atuais de triagem restrita às mulheres de alto risco para tireopatia (veja box), cerca de 1% das gestantes poderia não ter o diagnóstico de hipo ou hipertireoidismo antes da gravidez.

O consenso de 2017 tem uma posição ambígua quanto ao screening universal e continua recomendando a avaliação somente das mulheres que apresentam risco de doença tireoidiana. De qualquer forma, existe um movimento da literatura, segundo o qual o rastreio universal pode ser uma opção mais segura quando existem condições ideais, principalmente a disponibilidade das dosagens de TSH para a população gestante.

Situações de ALTO RISCO PARA doença tireoidiana

- ❖ História, sinais e sintomas de hipo ou hipertireoidismo
- ❖ História de anticorpos antitireoidianos positivos ou presença de bócio
- ❖ Antecedentes de irradiação de cabeça e pescoço ou história de cirurgia de tireoide
- ❖ Doenças autoimunes (DM1 e outras)
- ❖ Antecedentes de abortamento, partos prematuros ou infertilidade
- ❖ Gestação múltipla prévia
- ❖ História familiar de doença autoimune tireoidiana ou disfunção tireoidiana
- ❖ Obesidade grau 3
- ❖ Uso de amiodarona, lítio ou administração recente de radioiodo
- ❖ Proveniente de área carente de iodo
- ❖ Idade superior a 30 anos

Qual o melhor método para mensurar a concentração do T4 livre durante a gestação?

Muitas das alterações fisiológicas que ocorrem na gravidez elevam o T4 total entre a 7ª e a 16ª semana, que fica cerca de 50% maior do que o nível pré-gestacional. Parte desse aumento se deve às elevações da globulina transportadora da tiroxina (TBG), que é estimulada pela maior concentração do estrogênio. Em paralelo, existe uma redução do T4 livre (T4L) dosado pelos métodos indiretos, nos quais alterações da concentração das proteínas carreadoras desestabilizam o equilíbrio do ensaio competitivo, resultando em valores falsamente baixos.

O consenso de 2017 recomenda que esses ensaios sejam analisados em face de valores de referência específicos para a gestação, o que não é amplamente disponível. Embora alguns autores mantenham a recomendação do uso do T4L, pelo fato de a maioria dos estudos publicados, tanto antes quanto após o consenso, terem utilizado essa dosagem nos trabalhos, as dosagens do T4 e do T3 totais com o uso de valores de referência específicos para gestantes seriam outra opção. Apesar disso, o método padrão-ouro de dosagem é a feita por espectrometria de massas após diálise de equilíbrio, porém ainda não amplamente utilizada.

O Fleury dispõe de um método de dosagem de T4 livre após diálise por espectrometria de massas (T4LMS), desenvolvido por sua área de Pesquisa & Desenvolvimento – que tem 19 anos de experiência nessa metodologia –, com valores de referência específicos para cada trimestre de gestação.

Ajuste da dose de levotiroxina durante A GESTAÇÃO

Devido às alterações fisiológicas que ocorrem durante a gestação para elevar a produção dos hormônios tireoidianos, nas pacientes em tratamento para hipotireoidismo, a dose de levotiroxina deve ser aumentada em aproximadamente 30%. Na prática, esse ajuste pode ser realizado com o dobro da dose, duas vezes por semana. Por exemplo, a paciente que usa 100 mcg todos os dias passaria a receber dois comprimidos (200 mcg) aos sábados e domingos. Vale lembrar que o aumento da dose requer avaliação com nova dosagem de TSH após 4-6 semanas.

Referências

- 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Alexander EK et al. *Thyroid* 2017 Mar;27(3):315-389
- Clinical guidelines: Thyroid and pregnancy – time for universal screening? Alex Staganro-Green. *Nat Rev Endocrinol*. 2017, 13(4):192-194
- Consenso brasileiro para a abordagem clínica e tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Jose A Sgarbi e col. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2013;57/3
- Thyroid disease in pregnancy: new insights in diagnosis and clinical management. Tim Korevaar e col. *Nat Rev Endocrinol*. 2017, 13, 610-622



Centro Diagnóstico Avançado de Nódulo de Tireoide

Os principais exames para a investigação do nódulo de tireoide podem ser feitos nesse espaço, o qual reúne ultrassonografistas e citopatologistas que interagem com o médico do paciente ainda durante sua permanência na unidade.

Endereço:

Unidade República do Líbano III

Av. República do Líbano, 990 – Ibirapuera – São Paulo – SP



CONSULTORIA MÉDICA

Endocrinologia



Dr. José Gilberto Vieira

jose.vieira@grupofleury.com.br



Dr. José Viana Lima Junior

jose.viana@grupofleury.com.br



Dra. Maria Izabel Chiamolera

mizabel.chiamolera@grupofleury.com.br



Dr. Pedro Saddi

pedro.saddi@grupofleury.com.br



Dra. Rosa Paula M. Biscolla

rosapaula.biscolla@grupofleury.com.br



Dr. Rui Maciel

rui.maciel@grupofleury.com.br

fleury medicina e saúde

Med

CENTRAL DE ATENDIMENTO PARA MÉDICOS

Canais exclusivos para agendamentos de urgência e encaixes:



Telefone
(11) 3179-0820



WhatsApp
(11) 3179-0822



@fleury.med



Fleury S.A. | CNPJ: 60.840.055/0001-31

Av. General Valdomiro de Lima, 508 | São Paulo | SP | CEP: 04344-070

Responsável técnico: Edgar Gil Rizzatti - CRM 94.199