Casos clínicos

Tireoide na gestação

Discussão de casos · ambulatório e plantão

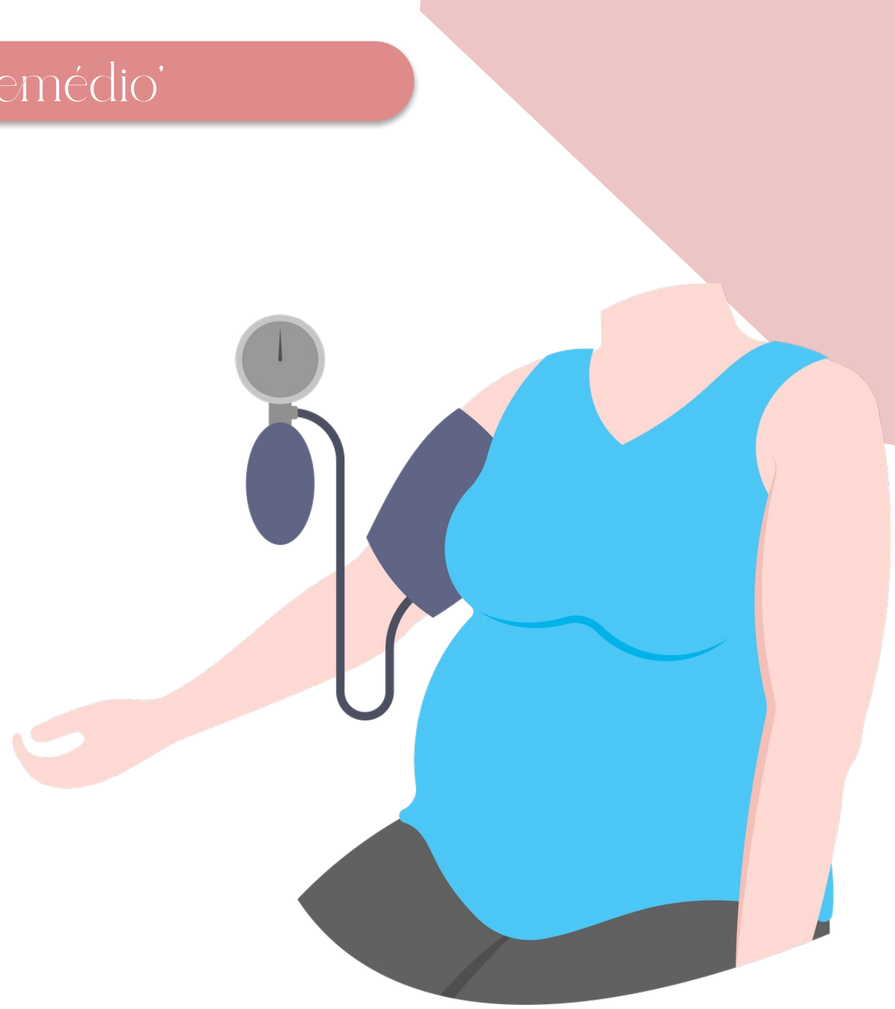
Caso 1 | 'Já tomo o remédio'

Renata, 31 anos, professora, G2P1, 7 semanas.

Hipotireoidismo por Hashimoto há 6 anos, em levotiroxina 75 µg/dia, em jejum. Último TSH, há 5 meses, 2,1 mUI/L. Descobriu a gestação há 1 semana e veio 'só mostrar o teste'.

Nega palpitações, sonolência ou constipação novos. PA 110/70, FC 76, IMC 26. Toma sulfato ferroso e ácido fólico junto com a levotiroxina, 'para não esquecer'.

TSH colhido hoje: 4,8 mUI/L; T4 livre 0,9 ng/dL (referência do laboratório 0,8–1,8). Pergunta se precisa mudar algo 'já que o T4 está normal'.



Mexe na dose agora ou espera o próximo TSH? Qual a meta e de quanto em quanto tempo repetir?

Resolução do caso 1

Hipotireoidismo prévio em gestação: a dose sobe ao confirmar a gravidez, sem esperar exame.

Por quê: a demanda de T4 cresce 30–50% já nas primeiras semanas (TBG, volume, transferência placentária). Até 12 semanas o feto depende só do T4 materno. Ela já chegou com TSH acima da meta.

Quanto: aumentar 25–30%: regra prática de 2 comprimidos extras por semana (9 doses/semana) ou passar de 75 para 100 µg/dia. O T4 livre 'normal' não tranquiliza: o TSH é quem manda.

Meta: TSH na metade inferior da faixa do trimestre; sem faixa local, < 2,5 mUI/L. Repetir TSH a cada 4 semanas até 20 semanas e ao menos uma vez perto de 30 semanas. Ajustes de 12,5–25 µg.

Como tomar: em jejum, 30–60 min antes do café; ferro e cálcio pelo menos 4 horas depois (ela estava anulando parte da dose).

Pós-parto: volta à dose pré-gestacional e TSH em 6 semanas.



Confirmou gestação: +25–30%

Meta TSH < 2,5 no 1º tri

TSH 4/4 sem até 20 sem

Ferro longe da levotiroxina

Fontes: ATA Guidelines — Alexander EK et al., Thyroid 2017; Alexander EK et al., NEJM 2004 (aumento precoce de dose); FEBRASGO, Doenças da tireoide na gestação (Protocolo, 2018); MS, Manual de Gestação de Alto Risco (2022).

Caso 2 | TSH 3.9 'de rotina'

Juliana, 28 anos, G1, 10 semanas, auxiliar administrativa.

Primeira consulta de pré-natal na UBS. Assintomática, sem bócio, sem história familiar conhecida. Veio com os exames da rotina mais um TSH que a enfermeira 'pediu junto'.

TSH 3,9 mUI/L; T4 livre 1,1 ng/dL (0,8–1,8). O laboratório não informa faixa para gestantes. Ela leu na internet que 'TSH acima de 2,5 na gravidez faz mal para o bebê' e está ansiosa.

Você pediu anti-TPO: 320 UI/mL (positivo). PA 100/60, FC 72, IMC 22. Sem abortamentos prévios.



Isso é hipotireoidismo subclínico? Trata ou acompanha? O anti-TPO muda a decisão?

TSH NO PRÉ-NATAL | QUEM TRATAR (ATA 2017)

TSH (1º trimestre)	Anti-TPO negativo	Anti-TPO positivo
‹ 2.5 mUI/L	Normal. Nada a fazer.	Normal. Repetir TSH no 2º trimestre (risco de subir).
2.5–4.0 mUI/L (ou até o limite superior local)	Não tratar.	Pode-se considerar levotiroxina (evidência fraca); no mínimo, repetir TSH em 4 semanas.
4.0–10 mUI/L (ou acima do limite local)	Considerar tratar; alguns serviços tratam todas.	TRATAR: levotiroxina 50 µg/dia (ou ~1 µg/kg).
≥ 10 mUI/L	TRATAR como hipotireoidismo clínico: levotiroxina 1,6–2,0 µg/kg/dia.	Idem.
T4 livre baixo com TSH alto	Hipotireoidismo clínico: tratar sempre, dose plena.	Idem.

Fontes: ATA — Alexander EK et al., Thyroid 2017 (recomendações 28–30); FEBRASGO 2018. Sem faixa trimestre-específica local, a ATA aceita 4,0 mUI/L como limite superior no 1º trimestre (≈ 0,5 abaixo do limite de não gestantes).

Resolução do caso 2

TSH 3,9 com T4 livre normal e anti-TPO positivo: zona cinzenta em que a autoimunidade pesa a favor de tratar.

Hipotireoidismo subclínico? Pela ATA, só acima do limite superior do trimestre (≈ 4,0 sem faixa local). Ela está um pouco abaixo — mas com anti-TPO positivo, o TSH tende a subir ao longo da gestação.

Decisão: conversa franca: tratar é opção razoável (anti-TPO+ com TSH > 2,5) e barata; a evidência de benefício em desfecho neonatal é fraca. Conduta aceitável: levotiroxina 50 µg/dia OU repetir TSH em 4 semanas e tratar se > 4,0. Com paciente ansiosa e anti-TPO alto, tratar é defensável.

Se tratar: 50 µg/dia em jejum; TSH em 4 semanas, meta < 2,5; seguir 4/4 semanas até 20 semanas. Pós-parto, reavaliar: boa parte pode suspender e repetir TSH em 6 semanas; anti-TPO+ tem risco de tireoidite pós-parto (TSH aos 3 e 6 meses).

O que não fazer: rotular como doença grave, pedir USG de tireoide 'para ver', ou usar T4 livre como alvo (na gestação a dosagem imunométrica é pouco confiável).



Limite 1º tri ≈ 4.0 mUI/L

Anti-TPO+ : tratar ou vigiar

LT4 50 µg, TSH em 4 sem

Pós-parto: TSH 3 e 6 meses

Fontes: ATA 2017; Casey BM et al., NEJM 2017 (tratamento do subclínico não melhorou QI); Negro R et al., JCEM 2006 (anti-TPO+ e levotiroxina); FEBRASGO 2018.

Caso 3 | Vomitando e com o coração acelerado

Camila, 24 anos, G1, 9 semanas, cabeleireira.

Internada no plantão por vômitos incoercíveis há 10 dias: perdeu 4 kg (6% do peso), cetonúria 3+, Na 134, K 3,1. FC 112, PA 104/62, afebril, sem bócio palpável, sem exoftalmia.

Pré-gestação: assintomática, sem história de doença tireoidiana. Nega diarreia, tremor ou perda de peso antes de engravidar.

Exames: TSH 0,02 mUI/L; T4 livre 2,3 ng/dL (0,8–1,8); T3 total discretamente elevado. O plantonista anterior prescreveu metimazol 20 mg 'para tratar o hipertireoidismo'.



Graves ou tireotoxicose gestacional transitória? O metimazol estava certo? O que pedir para decidir?

GRAVES x TIREOTOXICOSE GESTACIONAL TRANSITÓRIA

	Tireotoxicose transitória (hCG)	Doença de Graves
Contexto	Hiperêmese, gemelar, 1º trimestre; sem doença prévia	Sintomas antes da gestação; história pessoal/familiar
Exame	Sem bócio, sem orbitopatia	Bócio difuso, sopro, orbitopatia, mixedema pré-tibial
Laboratório	T4L pouco acima da faixa; T3 proporcionalmente menos elevado; TRAb negativo	T4L e T3 elevados (T3 > T4); TRAb positivo (90–95%)
Evolução	Melhora com a queda do hCG: 14–18 semanas	Persiste; pode piorar no 1º tri e melhorar no 3º
Tratamento	Suporte: hidratação, antiemético, reposição de K Betabloqueador só se muito sintomática. SEM antitireoidiano	PTU no 1º trimestre (50–150 mg 8/8 h); após 16 sem trocar por metimazol (5–15 mg/dia) Meta: T4L no limite superior da faixa, menor dose possível

Fontes: ATA 2017 (recomendações 38–47); Goldman AM, Mestman JH, J Thyroid Res 2011; FEBRASGO 2018. Metimazol: 10 mg equivalem a ~200 mg de PTU.

Resolução do caso 3

Tireotoxicose gestacional transitória da hiperêmese: suspender o metimazol e tratar os vômitos.

Por quê: hCG estimula o receptor de TSH; na hiperêmese isso suprime o TSH e eleva pouco o T4L em até metade das pacientes. Sem bócio, sem orbitopatia, sem sintomas antes da gravidez — o quadro é hCG, não autoimunidade.

Para decidir: TRAb (negativo na transitória). T3 total ajuda: na transitória sobe pouco. USG com Doppler de tireoide é opcional. Repetir TSH/T4L em 3–4 semanas: na transitória normaliza até 14–18 semanas.

O erro do metimazol: antitireoidiano não é indicado na transitória; e no 1º trimestre a droga de escolha seria PTU (metimazol: aplasia cutis, atresia de coanas/esôfago, onfalocele; PTU: hepatotoxicidade rara, por isso troca-se após 16 semanas).

Conduta hoje: suspender metimazol; hidratação IV, reposição de K, tiamina antes da glicose, ondansetrona ou metoclopramida; propranolol 20–40 mg 8/8 h se FC > 110 e tremor, por poucas semanas. Se fosse Graves: PTU, TRAb às 18–22 e 30–34 sem, vigiar bócio/taquicardia fetal, endocrino junto.



Sem bócio, sem Graves prévio

TRAb decide

Transitória: nada de ATD

Graves: PTU 1º tri → MMI

Fontes: ATA 2017; FEBRASGO 2018; Andersen SL et al., JCEM 2013 (embriopatia do metimazol); MS, Manual de Gestação de Alto Risco 2022.

TSH ALTERADO NO PRÉ-NATAL | FLUXOGRAMA SIMPLES

TSH na 1ª consulta (FEBRASGO) ou dirigido (sintomas, anti-TPO, bócio, DM1, perda gestacional, LT4 em uso)

TSH < 0,1 mUI/L (suprimido): pedir T4L, T3, TRAb

→ Hiperêmese, sem bócio, TRAb negativo → TRANSITÓRIA: suporte, repetir em 4 sem. TRAb+/bócio/sintomas prévios → GRAVES: PTU (1º tri) → metimazol (> 16 sem); endocrino

TSH 2,5–4,0 mUI/L: pedir anti-TPO

→ Anti-TPO negativo: só repetir no 2º tri. Anti-TPO positivo: LT4 50 µg OU repetir em 4 semanas e tratar se > 4,0

TSH > 4,0 mUI/L (ou > limite do trimestre): pedir T4L e anti-TPO

→ TSH 4–10: LT4 50 µg (anti-TPO+ sempre; anti-TPO– considerar). TSH ≥ 10 ou T4L baixo: LT4 1,6–2 µg/kg. Meta TSH < 2,5; repetir 4/4 sem até 20 sem

Já usa levotiroxina? Ao confirmar a gestação: +25–30% (2 comprimidos extras/semana) e TSH em 4 semanas

Fontes: ATA — Alexander EK et al., Thyroid 2017; FEBRASGO 2018; MS, Manual de Gestação de Alto Risco 2022. Limite superior de 4,0 mUI/L vale quando não há faixa trimestre-específica do laboratório.

Pegadinha de prova

Mulher de 30 anos, com hipotireoidismo por tireoidite de Hashimoto em uso de levotiroxina 100 µg/dia, com TSH de 1,8 mUI/L há 2 meses, comparece com teste de gravidez positivo e idade gestacional de 6 semanas. Assintomática. A conduta mais adequada é:

A Manter a dose e repetir TSH apenas no segundo trimestre, pois o último exame estava normal.

B Aumentar a dose de levotiroxina em cerca de 25–30% imediatamente e dosar TSH em 4 semanas.

C Suspender a levotiroxina até o resultado do TSH do primeiro trimestre, pelo risco de hipertireoidismo fetal.

D Substituir a levotiroxina por liotironina (T3), que atravessa melhor a placenta.

E Aguardar o TSH do primeiro trimestre e só então ajustar a dose, se estiver acima de 4,0 mUI/L.

Pegadinha de prova

Mulher de 30 anos, com hipotireoidismo por tireoidite de Hashimoto em uso de levotiroxina 100 µg/dia, com TSH de 1,8 mUI/L há 2 meses, comparece com teste de gravidez positivo e idade gestacional de 6 semanas. Assintomática. A conduta mais adequada é:

A Manter a dose e repetir TSH apenas no segundo trimestre, pois o último exame estava normal.

B Aumentar a dose de levotiroxina em cerca de 25–30% imediatamente e dosar TSH em 4 semanas.

C Suspender a levotiroxina até o resultado do TSH do primeiro trimestre, pelo risco de hipertireoidismo fetal.

D Substituir a levotiroxina por liotironina (T3), que atravessa melhor a placenta.

E Aguardar o TSH do primeiro trimestre e só então ajustar a dose, se estiver acima de 4,0 mUI/L.

PARA LEVAR

1

Hipotireoidismo que engravida: +25–30% no dia do teste positivo. Meta TSH < 2,5 no 1º trimestre; TSH a cada 4 semanas até 20 semanas.

2

TSH acima de 4,0 com anti-TPO positivo: trata (LT4 50 µg). Entre 2,5 e 4,0 com anti-TPO+: tratar ou vigiar. T4 livre não é alvo na gestação.

3

TSH suprimido com hiperêmese e sem bócio: transitória, TRAb negativo, sem antitireoidiano. Graves: PTU no 1º tri, metimazol após 16 semanas.