**MANEJO DOS PACIENTES COM TIREOIDITE DE HASHIMOTO**

Pedro Augusto Barbosa Silva¹

William Miranda de Oliveira2

João Vitor Godinho Simionato3

Thiago Araujo Ferreira4

Carolina Siqueira Guimarães5

Guilherme Fleury Alves Barros6

Maria Eduarda Daenecke Ferreira7

Eliane Fernanda Guido da Silva8

Marcos Antônio da Silva Prior9

Bianca Daleffe Machado10

**RESUMO:**

**Introdução:** A tireoidite de Hashimoto (TH) é uma doença relacionada a inflamação crônica do tecido tireoidiano, sendo uma condição autoimune. Ela afeta, principalmente, as mulheres. A diversos fatores de risco para a condição, seja intrínseco, como sexo feminino, idade avançada, historico familiar, quanto extrínsecas, incluindo estresse e consumo excessivo de iodo. O curso da doença com o passar dos anos pode evoluir para casos de hipotireoidismo. Até 30% dos pacientes com TH podem evoluir para essa condição. **Objetivo:** Analisar o manejo dos pacientes com Tireoidite de Hashimoto. **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa dos últimos 5 anos, do período de 2019 a 2024, utilizando a base de dados da BVS, com os descritores: "hipotireoidismo" "Hashimoto" "manejo" "tratamento". **Resultados e Discussões:** Essa condição, geralmente, é assintomática. Nota-se no exame fisico um aumento difuso do tecido tireoidiano. O diagnóstico é feito pela clínica associada a exames laboratoriais e de imagem. Pacientes com TH e eutireoidismo, normalmente, não necessitam de tratamento. O tratamento medicamentoso com uso de levotiroxina é feito nos casos de hipotireoidismo clínico e subclínico associado. O tratamento medicamentoso não trata a TH em si, mas é importante para redução dos sintomas que o paciente apresenta e para diminuição do bócio em si. Pacientes com alternância em hiper e hipotiroidismo apresentam melhores benefícios com radioterapia. A tireoidectomia subtotal é utilizada em casos refratários ao tratamento medicamentoso ou com sintomas compressivos. O uso de corticoide é feito nos casos de dor ou crescimento rápido do bócio. Nesse sentido, o diagnóstico da condição associado à identificação do nível hormonal do paciente é importante para guiar o tratamento adequado do paciente, a depender das condições e particularidades que o paciente apresenta. **Conclusão:** Nessa perspectiva, é importante da TH e dos níveis dos hormônios tireoidianos, a fim de identificar as condições do paciente para escolha de um tratamento adequado.

**Palavras-Chave:** Hashimoto, Hipotireoidismo, Manejo, Tratamento.

**Área Temática:** Endocrinologia

**E-mail do autor principal:** pedro\_barbosa@discente.ufj.edu.br

¹Medicina, Universidade Federal de Jataí -UFJ, Jataí-GO, pedro\_barbosa@discente.ufj.edu.br

2Medicina, Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte- MG, williammiranda2305@gmail.com

3Medicina, Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy, Rio de Janeiro - RJ, contatojvgs@gmail.com

4Medicina, Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy, Rio de Janeiro - RJ, th\_eng\_civ@icloud.com

5Medicina, Faculdade de Minas - FAMINAS-BH, Belo Horizonte – MG, carolinasiqueirag@gmail.com

6Medicina, Universidade Federal de Goiás – UFG, Goiânia – GO, guifleuryabarros@gmail.com

7Enfermagem, Centro Universitário Campos de Andrade -UNIANDRADE, Curitiba-PR, dudadaenecke@gmail.com

8Medicina, Faculdade Metropolitana de Manaus - Ceuni-Fametro, Manaus – Amazonas, nandasilvaguido@gmail.com

9Fisioterapia, Anhanguera Dourados, Dourados – MS, marcosprior30@gmail.com

10Medicina, Universidade Paranaense, Umuarama-PR, biancadaleffe@outlook.com

**1. INTRODUÇÃO**

A tireoidite de Hashimoto (TH) é uma condição autoimune que afeta, principalmente, mulheres, com predomínio de até 10 vezes mais neste grupo (Klubo-Gwiezdzinska, 2022). Este aumento no sexo feminino é devido a suscetibilidade genetica, além de padrões de inativação relacionado ao cromossomo X (Klubo-Gwiezdzinska, 2022). A incidência é de 0,3-1,5 casos por mil pessoas. Predomina na raça branca. A prevalência dessa doença aumenta com a idade (Klubo-Gwiezdzinska, 2022).

É uma doença relacionada a uma inflamação crônica do tecido tireoidiano, sendo responsável por causar hipotireoidismo em até 30% dos pacientes (Ragusa *et al.*, 2019). Essa condição foi descrita pela primeira vez em achados de pacientes com atrofia das células foliculares, bócio, infiltração linfocítica e fibrose (Ragusa *et al.*, 2019).

O curso dessa doença no decorrer dos anos, pode evoluir com presença positiva de anticorpos para peroxidase tireoidiana, passando de níveis dos hormônios tireoidianos normais para alterações subclínicas, como hormônio estimulador da tireoide (TSH) alto e T4 normal, seguindo o curso para hipotireoidismo propriamente dito com níveis altos de TSH e baixo de T4 livre (Fenneman et al., 2023). Convém frisar, que nem todos que apresentam TH, como descrito anteriormente, irão apresentar hipotireoidismo. Porém níveis altos de anticorpos para peroxidase tireoidiana e TSH alto aumentam as chances de desenvolver essa condição (Fenneman *et al.*, 2023).

Os fatores de risco para essa condição dependem de aspectos genéticos e fatores de risco ambientais (Ragusa *et al.*, 2019). Os fatores intrínsecos como sexo feminino, idade mais avançada e historico familiar estão relacionados ao aumento das chances dessa condição (Ragusa *et al.*, 2019). Fatores extrínsecos como ingestão excessiva de iodo estão relacionada a maior prevalência dessa condição, quando se comparado aos pacientes que têm deficiência (Ragusa *et al.*, 2019). O estresse também tem sido associado a essas condições, provavelmente, devido aos efeitos do cortisol nas células imunológicas, posteriormente uma hiperatividade imune, levando a uma autoimunidade na tireoide (Ragusa *et al.*, 2019). A exposição à radiação está associada a maiores risco de disfunções tireoidianas (Ragusa *et al.*, 2019). Há relatos com associação de níveis baixos de vitamina D e selênio com um aumento da prevalência dessa condição (Ragusa *et al.*, 2019).

O objetivo do trabalho é analisar o manejo dos pacientes com Tireoidite de Hashimoto.

**2. MÉTODO OU METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão narrativa dos últimos 5 anos utilizando as bases de dados: BVS. Os descritores que foram utilizados: "hipotireoidismo" "Hashimoto" "manejo" "tratamento". Na busca foram encontrados 17 artigos, sendo eles posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Além disso, utilizou-se documentos como o manual MSD e o livro de endocrinologia clínica.

Os critérios de inclusão que foram utilizados: artigos independentes do idioma, do período de 2019 a 2024 e que se relacionam às temáticas propostas para pesquisa, incluindo estudos do tipo caso, artigos de revisão e metanálise. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, artigos que não se relacionavam com a proposta estudada e não se adequaram aos critérios de inclusão.

Após a seleção restaram 3 artigos, além do livro de endocrinologia clínica e do manual MSD, onde foram submetidos a uma análise minuciosa para coleta de dados. Os resultados foram mostrados de forma descritiva. Os resultados foram apresentados em subtópicos: fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento.

**3. RESULTADOS E DISCUSÕES**

**Fisiopatologia**

Os mecanismos exatos não são conhecidos. Sabe-se que o estímulo excesso das células T CD4 + está relacionada a patogenia dessa condição. Está relacionada nas células T do tipo 2, por meio dessa estimulação, a produção de células B e plasmócitos que produzem anticorpos contra os antígenos das células tireoidianas, acarretando na tireoidite (Vilar, 2021). Enquanto as do tipo 1 ativam os macrofagos citotóxicos e linfócitos, acarretando diretamente na destruição do tecido tireoidiano (Vilar, 2021).

Estudos recentes que apontam as células T reguladoras na indução de doenças autoimunes (Vilar, 2021). Além da morte programada de células como fator importante para fisiopatologia da condição e como fator para desenvolver hipotireoidismo (Vilar, 2021).

As formas atróficas da doença de Hashimoto podem ser devido ao bloqueio do receptor do hormônio estimulador da tireoide (TSH), atuando como antagonistas do TSH (Vilar, 2021).

Referente a histopatologia dos pacientes com a doença é possível identificar no parênquima da tireoide infiltrado de linfócitos, macrofagos e plasmócitos (Vilar, 2021). Além disso, pode-se notar graus variáveis de fibrose e atrofia. Um achado característico dessa condição é a presença de células grandes com núcleo hipercromático e com citoplasma eosinófilo, conhecidas como células de Askanazy (Vilar, 2021).

**Manifestações Clínicas**

A TH na maioria das vezes se inicia com aumento da tireoide ou sensação de inchaço na região do pescoço com duração variável, indo de semanas a anos (Vilar, 2021). Apresenta-se posteriormente como bócio endurecido (Vilar, 2021). A maioria dos pacientes é assintomático (Vilar, 2021). Nota-se sintomas nos pacientes que apresentam hipotireoidismo junto com TH (Vilar, 2021). O hipertireoidismo tem menor frequência (5%) (Vilar, 2021). A possibilidade de alternância entre hipo e hipertireoidismo (Vilar, 2021).

No exame físico se nota massa cervical com consistência endurecida, indolor, com tamanho variável, geralmente difuso (Vilar, 2021). Raramente há dor, quando presente é de intensidade leve (Vilar, 2021). No caso de crescimento rápido do bócio, há possibilidade de manifestações como dispneia, disfagia e rouquidão, em virtude da compressão das estruturas (Vilar, 2021).

Nos casos de tireoide hipoativa, nota-se sintomas como astenia e intolerância ao frio, além de outras sintomatologias do hipotiroidismo (Braunstein, 2024). Em casos mais raros, com tireoide hiperativa, pode-se notar palpitações, intolerância ao calor e nervosismo como sintomas nos pacientes (Braunstein, 2024).

A presença de sintomas dessa doença está relacionada à evolução para o hipotireoidismo (Klubo-Gwiezdzinska, 2022). As manifestações clínicas do hipotireoidismo são devido a deficiência dos hormônios no tecido alvo (Klubo-Gwiezdzinska, 2022). Os sinais e sintomas são amplos nesses casos, alguns exemplos que podem se manifestar são pele fria e seca, perda pelos, edema facial e generalizado, bradicardia, diminuição do peristaltismo, voz rouca, astenia, fadiga e depressão (Klubo-Gwiezdzinska, 2022).

**Diagnóstico**

O diagnóstico é baseado nos achados clínicos de hipotireoidismo e presença de presença positiva de anticorpos para peroxidase tireoidiana (Anti-TPO) (presente em até 95% dos casos), embora o anticorpo possa ser negativo em uma pequena parte dos pacientes (Klubo-Gwiezdzinska, 2022). O uso da ultrassonografia pode auxiliar no diagnóstico, principalmente nos casos de anticorpos negativos (Klubo-Gwiezdzinska, 2022). Nota-se na ultrassonografia achados mais característicos como pseudonódulos, glândulas aumentadas difusamente com heterogeneidade e redução da ecogenicidade, áreas de fibrose e hipervascularização (Figura 1) (Vilar, 2021).



**Figura 1:** Ultrassonografia de Tireoide. Glândula aumentada difusamente com textura heterogênea e hipoecogenicidade (A e B), pseudonódulos (C), áreas de fibrose e parênquima hipervascularizado (D).

**Fonte:** Vilar, 2021.

Anticorpos anti-Tg podem estar presentes em até 60% dos casos. Os TRAb podem ser positivos também em até 60% dos casos. No quadro a seguir evidencia-se a prevalências desses anticorpos (Quadro 1) (Vilar, 2021):

**Quadro 1:** Prevalência dos anticorpos antitireoidianos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Anti-tg | anti-tpo | trab |
| População geral (%) | 10 | 10 a 15 | 0 |
| tireoidite subaguda linfatica, tireoidite pos-parto (%) | < 50 | 60 | 0 |
| Tireoidite de hashimoto (%) | 35 a 60 | 80 a 99 | 6 a 60% |
| doença de graves (%) | 12 a 30 | 45 a 80 | 80 a 100 |

\*TRAb bloqueador. \*\*TRAb estimulador. AntiTg: antitireoglobulina; antiTPO: antitireoperoxidase; TRAb: antirreceptor do TSH.

**Fonte:** Vilar, 2021.

**Tratamento**

Pacientes com a doença e eutireoidismo, de modo geral, não necessitam de tratamento (Vilar, 2021). O tratamento é feito, principalmente, em pacientes com hipotireoidismo associado (Vilar, 2021).

Pacientes com TH sem o tratamento de reposição do hormônio devem evitar consumo alto de iodo nos alimentos e suplementos (Braunstein, 2024).

Recomenda-se o tratamento com levotiroxina em pacientes com hipotireoidismo, objetivando manter valores de TSH entre 0,5 a 2,5 uUl/ml (Vilar, 2021). No hipotireoidismo subclínico se recomenda o tratamento também, a fim de evitar a progressão para hipotireoidismo. Não há um tempo definido para o tratamento, apenas 10% dos pacientes em algum momento futuramente voltam para função da tireoidiana a níveis normais (Vilar, 2021).

A dose do medicamento varia de 1,5-1,7 μg/kg/ dia, normalmente, utilizado por toda a vida. Existem diversas formas de administrar a medicação (Ragusa *et al.*, 2019).  A administração em comprimido é preferível (Ragusa *et al.*, 2019).  Há estudos que sugerem o uso de formulações líquidas, por exemplo, nos casos de pacientes com hipotiroidismo e apresentem má absorção ou com uso de outras medicações que interfiram na absorção deste medicamento (Ragusa *et al.*, 2019). Essas diversas formas de administração são importantes para individualizar o tratamento, a fim de levar em conta as particularidades de cada paciente e logo, garantir um tratamento adequado (Ragusa *et al.*, 2019).

Nos casos dos pacientes com alternância entre hiper e hipotiroidismo na doença, o tratamento com a radioterapia apresenta melhores benefícios (Vilar, 2021).

O tratamento com esse medicamento diminui o tamanho do bócio e promove o alívio dos sintomas (Vilar, 2021).

O uso de glicocorticoide está associado mais nos pacientes com dor tireoidiana importante ou com crescimento rápido do bócio associado a sintomas compressivos (Vilar, 2021).

A tireoidectomia subtotal é indicada nos sintomas compressivos ou dor refratária ao uso de medicamentos. Motivos estéticos, incluindo grande volume do bócio, ou malignidade são outras indicações para realização de cirurgia (Vilar, 2021).

Nesse sentido, evidencia-se a importância da identificação das manifestações clínicas e exames laboratoriais para o diagnóstico da condição. Após o diagnóstico de TH, um fator importante é a análise dos exames laboratoriais para avaliar os hormônios tireoidianos, identificando os níveis hormonais para guiar o tratamento do paciente já descrito anteriormente. Indo desde da ausência de tratamento nos pacientes eutireoidianos, uso de levotiroxina (hipotiroidismo clínico ou subclínico) até procedimentos cirúrgicos nos pacientes mais graves e refratários ao tratamento medicamentoso.

**4. CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nessa perspectiva, evidencia-se a importância não só do diagnóstico dessa condição, como também a identificação dos níveis hormonais tireoidianos que o paciente apresenta, a fim de identificar as particularidades que o paciente apresenta, a fim de após a identificação dos parâmetros clínicos e laboratoriais dos pacientes, utilizar um tratamento que atenda às necessidades do paciente, a fim de melhorar a morbimortalidade.

**REFERÊNCIAS**

BRAUNSTEIN, Glenn D. Tireoidite de Hashimoto. MANUAL MSD, fev. 2024. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-hormonais-e-metab%C3%B3licos/dist%C3%BArbios-da-tireoide/tireoidite-de-hashimoto. Acesso em: 24 jul. 2024.

KLUBO-GWIEZDZINSKA, Joanna Joanna; WARTOFSKY, Leonard. Hashimoto thyroiditis: an evidence-based guide to etiology, diagnosis and treatment. Pol Arch Intern Med. 3 mar. 2022. DOI 10.20452/pamw.16222. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9478900/. Acesso em: 24 jul. 2024.

FENNEMAN, Aline C; RAMPANELLI, Elena; SPEK, Anne H van der. *et al.* Protocol for a double-blinded randomised controlled trial to assess the effect of faecal microbiota transplantations on thyroid reserve in patients with subclinical autoimmune hypothyroidism in the Netherlands: the IMITHOT trial. BMJ Open.  14 set. 2023. DOI 10.1136/bmjopen-2023-073971. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10503357/. Acesso em: 24 jul. 2024.

RAGUSA, Francesca; FALLAHI, Poupak; ELIA, Giusy. *et al.* Hashimotos’ thyroiditis: Epidemiology, pathogenesis, clinic and therapy. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, dez. 2019. DOI https://doi.org/10.1016/j.beem.2019.101367. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521690X19301186?via%3Dihub. Acesso em: 24 jul. 2024.

VILAR; Lucio. Endocrinologia clínica 7. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2021. p-655-661.