

# dasra.educa

**UPDATE EM AVALIAÇÃO  
LABORAROTIAL DA  
FUNÇÃO TIREOIDIANA NA  
GESTAÇÃO: DIAGNÓSTICO  
DA TIREOTOXICOSE |  
HIPERTIREOIDISMO**





## Introdução

A tireotoxicose é uma condição menos frequente que o hipotireoidismo, atingindo 0,1 a 0,4% das gestações. A etiologia mais comum é a Doença de Graves (DG), responsável por 85% dos casos. As demais causas incluem adenoma tóxico, bócio multinodular tóxico e tireoidites. Tireotoxicose gestacional transitória (TGT) clinicamente significativa, tireotoxicose factícia e mola hidatidiforme são outras causas incomuns de hipertireoidismo.

Diagnosticar a causa da tireotoxicose na gestação é essencial. Nas primeiras semanas, o diagnóstico diferencial da maioria dos casos fica entre DG e TGT. Em ambas as situações, as manifestações clínicas são semelhantes, portanto, a anamnese e o exame físico detalhados poderão ajudar a estabelecer a etiologia. Pacientes sem história prévia de doença tireoidiana, sem estigmas de DG (bócio

difuso e oftalmopatia), com doença leve e auto-limitada e com sintomas de êmese, mais provavelmente, apresentam TGT.

O diagnóstico da tireotoxicose é baseado na dosagem de TSH e T4 livre. A ocorrência de TSH suprimido e T4 livre elevado caracteriza o hipertireoidismo clínico. O achado de TSH suprimido e T4 livre normal caracteriza o hipertireoidismo subclínico (tabela 1).

**Tabela 1** - Interpretação dos testes de função tireoidiana durante a gravidez: diagnóstico da tireotoxicose | hipertireoidismo.

Status materno	TSH	T4 livre	Auto-anticorpos tireoidianos
Hipertireoidismo clínico	Reduzido	Elevado	TRAb positivo em 95% (se DG)
Hipertireoidismo subclínico	Reduzido	Normal	Podem ser positivos
Tireotoxicose gestacional transitória	Reduzido	Pouco elevado	Geralmente negativos

**Abreviaturas:** TSH: hormônio tireoestimulante, T4: tiroxina, TRAb: anticorpo contra o receptor do TSH, DG: Doença de Graves.

**Fonte:** Adaptado de ACGO, 2020.

É importante mencionar ainda que cerca de 15% das gestantes normais apresentam TSH suprimido ou abaixo da faixa da normalidade no primeiro trimestre da gestação, assim um valor subnormal de TSH neste período gestacional deve ser interpretado com cautela. Nesses casos, recomenda-se complementar a investigação com a mensuração de T4 total e/ou T4 livre e T3 total. Na presença de nódulos palpáveis, a ultrassonografia cervical também deverá ser realizada.

A dosagem dos anticorpos contra o receptor do TSH (TRAb) também pode ajudar a avaliar a presença de auto-imunidade, uma vez que o TRAb se encontra positivo em 95% das gestantes com DG, mesmo após o tratamento com iodo ou cirurgia. Mulheres com diagnóstico de DG, em tratamento com drogas antitireoidianas (DATs) ou não, ainda que se encontrem em eutireoidismo, devem ser avaliadas quanto à positividade do TRAb nas primeiras semanas de gestação. As indicações para a dosagem do TRAb na gestação podem ser observadas na tabela 2.

**Tabela 2** - Indicações para a dosagem do TRAb na gestação

**Mulheres com DG não tratada ou tratadas com DAT**

**História prévia de DG e tratamento com iodo ou cirurgia (tireoidectomia total)**

**História de parto de neonato com hipertireoidismo**

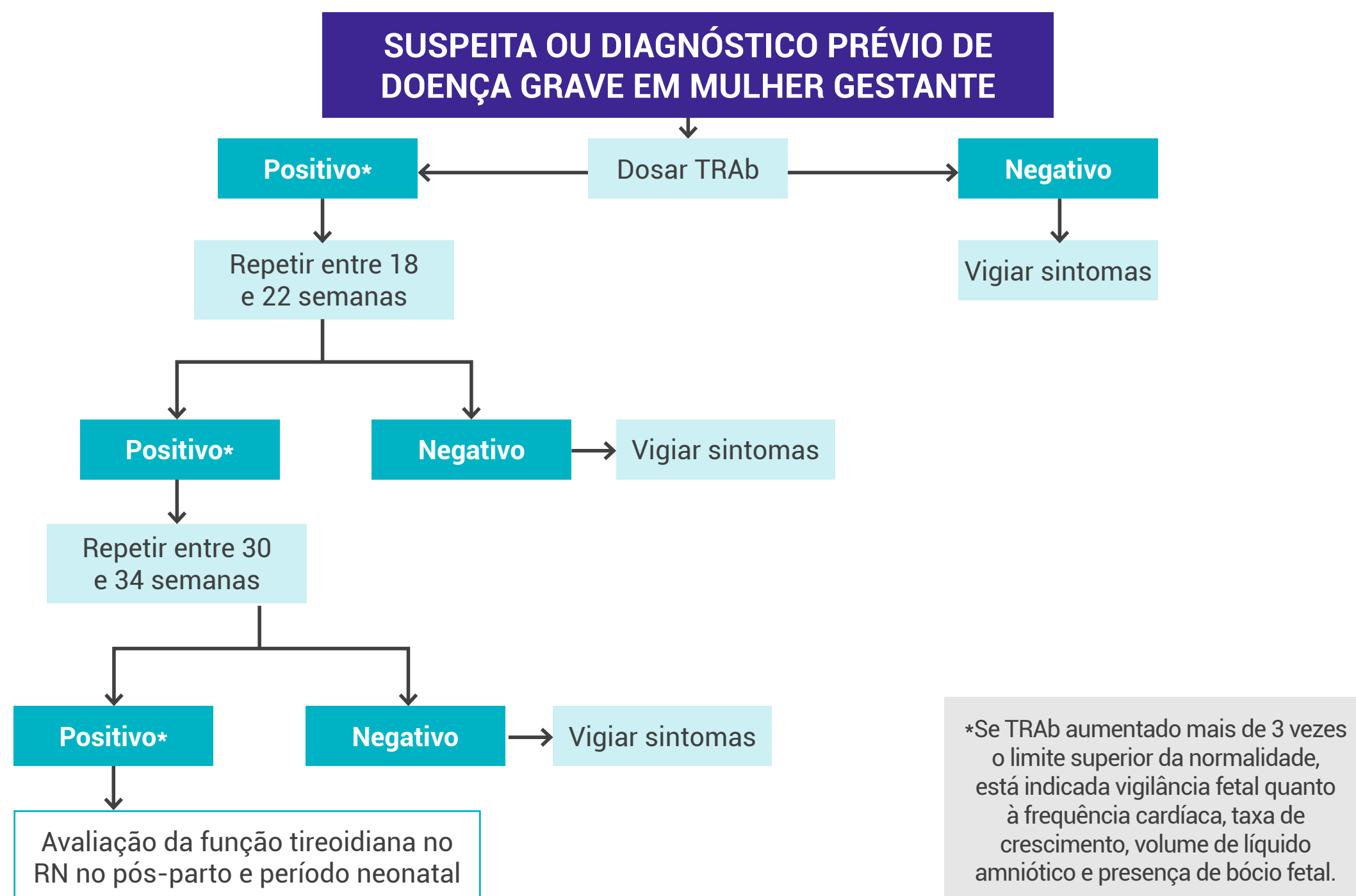
**Abreviaturas:** TRAb: anticorpo contra o receptor do TSH, DG: Doença de Graves, DAT: droga antitireoidiana.

**Fonte:** Adaptado de ATA, 2017.

Se o TRAb for negativo no início da gestação, não serão necessárias dosagens adicionais. Se o TRAb for positivo, o mesmo deverá ser dosado novamente entre a 18<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> semana. Caso o TRAb seja positivo, sugere-se repetir a sua mensuração no final da gestação, por volta da 30<sup>a</sup> a 34<sup>a</sup> semana. Na maioria

das pacientes gestantes, as concentrações de TRAb diminuem com a progressão da gravidez, no entanto, esse curso é variável. O monitoramento dos níveis de TRAb está indicado para embasar a necessidade de avaliação da função tireoidiana no pós-parto e no período neonatal (figura 1).

**Figura 1** - Algoritmo para monitoramento dos níveis de TRAb em gestantes com suspeita ou diagnóstico de Doença de Graves.



**Abreviaturas:** TRAb: anticorpo contra o receptor de TSH.


**Fonte:** ATA, 2017.


Em mulheres com DG prévia ou atual, o risco para o feto inclui hipertireoidismo fetal ou neonatal, hipotireoidismo fetal ou neonatal e hipotireoidismo central. Assim, vigilância fetal deve ser realizada em mulheres que tem hipertireoidismo descompensado na segunda metade da gravidez e em mulheres com níveis elevados de TRAb (> 5 UI/L ou acima de 3 vezes o limite superior da normalidade) em qualquer momento da gestação. O monitoramento fetal deve incluir a avaliação da frequência cardíaca fetal, do crescimento fetal, do volume de líquido amniótico e da presença de bócio.

Devido ao elevado risco de complicações para mãe e o feto, a coleta de sangue do cordão umbilical (cordocentese) para a avaliação da função tireoidiana fetal está indicada raramente, podendo ser útil quando houver

bócio nos conceitos das gestantes em uso de DAT. No entanto, essa recomendação apresenta baixo grau de evidência.

Para a leitura completa sobre a avaliação e manejo das disfunções tireoidianas na gestação, sugerimos os *guidelines* da *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2020) e da *American Thyroid Association* (2017):

 Link para [2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum](#)

 Link para [Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists | Thyroid Disease in Pregnancy](#)

## REFERÊNCIAS:

Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum [published correction appears in *Thyroid*. 2017 Sep;27(9):1212]. *Thyroid*. 2017;27(3):315-389.

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Thyroid Disease in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 223. *Obstet Gynecol*. 2020 Jun;135(6): e261-e274.

Bertoluci MC. Tireóide e gravidez. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2011; 52(7):679-694.

Couto E, Cavichioli F. Doenças da tireoide na gestação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 49/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

Korevaar TIM, Medici M, Visser TJ, Peeters RP. Thyroid disease in pregnancy: new insights in diagnosis and clinical management. *Nat Rev Endocrinol*. 2017 Oct;13(10):610-622.

LMZ Maciel, Magalhães PKR. Tireóide e Gravidez. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008;52(7): 1084.

Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, et al.; American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*. 2011;21(10):1081–125.

WHO Secretariat, Andersson M, de Benoist B, Delange F, Zupan J. Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and in children less than 2-years-old: conclusions and recommendations of the Technical Consultation [published correction appears in *Public Health Nutr*. 2008 Mar;11(3):327]. *Public Health Nutr*. 2007;10(12A):1606-161.

## Marcas parceiras:



Responsável Técnico: Dr. Gustavo Aguiar Campana - CREMESP 112181 | CREMERJ 52.0108745-2

