

dasra.educa

**UPDATE EM AVALIAÇÃO
LABORATORIAL DA FUNÇÃO
TIREOIDIANA NA GESTAÇÃO:
DIAGNÓSTICO
DO HIPOTIREOIDISMO**





Introdução

O hipotireoidismo clínico ocorre em cerca de 0,3 a 0,5% das gestações. A causa mais comum, nos locais em que a ingestão de iodo é suficiente, é a tireoidite crônica autoimune (tireoidite de Hashimoto); outras causas incluem terapia prévia com radioiodo, tireoidectomia, hipotireoidismo central secundário a doenças hipofisárias e hipotalâmicas (raro durante a gestação) e a deficiência de iodo.

Os sinais e sintomas do hipotireoidismo na gestação são inespecíficos e podem passar despercebidos. Cerca de 20% a 30% das mulheres não apresentam qualquer sintoma, assim a avaliação laboratorial é fundamental para o diagnóstico.

O hipotireoidismo é estabelecido quando o TSH estiver elevado acima do limite superior do valor de referência específico por trimestre. Quando valores de referência de TSH específicos para a população não estiverem disponíveis em determinado local ou laboratório, o limite superior de 4,0 mUI/L pode ser usado.

O diagnóstico de hipotireoidismo primário é dado por TSH elevado associado a níveis baixos de T4 livre, caracterizando o hipotireoidismo clínico. O hipotireoidismo subclínico, por sua vez, ocorre quando o TSH se encontra elevado, com T4 livre ou T4 total normais. Um outro possível achado laboratorial é a redução isolada de T4 livre, condição denominada hipotiroxinemia isolada, que pode ser decorrente da hipertireoglobulinemia fisiológica. Como grande parte dos laboratórios utiliza imunoenaios indiretos para determinar a concentração de T4 livre, os altos níveis de TBG observados na gravidez podem falsear as concentrações de T4 livre para valores menores, confundindo a interpretação (tabela 1).

Tabela 1 - Interpretação dos testes de função tireoidiana durante a gravidez: diagnóstico do hipotireoidismo.

Status materno	TSH	T4 livre	Auto-anticorpos tireoidianos
Hipotireoidismo clínico	Elevado	Reduzido	Anti-TPO e anti-TG em geral positivos
Hipotireoidismo subclínico	Elevado	Normal	Anti-TPO e anti-TG em geral positivos
Hipotiroxinemia isolada	Normal	Reduzido	Geralmente negativos

Abreviaturas: TSH: hormônio tireoestimulante, T4: tiroxina, Anti-TPO: anti-tireoperoxidase, Anti-TG: anti-tireoglobulina.

Fonte: Adaptado de ACGO, 2020.

Na suspeita de hipotiroxinemia isolada, a determinação de T4 livre por diálise ou cromatografia é o método padrão-ouro, mas devido ao seu alto custo e indisponibilidade, a dosagem do T4 total pode ser preferível.

Ainda nesse contexto, deve-se lembrar que a concentração de T4 total durante a gravidez aumenta em cerca de 1,5 vezes (50%), após 7 a 16 semanas de gestação, em comparação

a concentração da mulher não gestante. Se a medida de T4 total for obtida antes desse período, um ajuste desse cálculo pode ser feito, aumentando-se o limite superior do valor de referência em 5% por semana de gestação a partir da 7ª semana. Por exemplo: na 11ª semana (ou seja, 4 semanas além da 7ª sem), o limite superior deve ser aumentado em 20% (4 semanas x 5%/sem) (tabela 2).

Tabela 2 - Interpretação dos resultados de T4 total durante a gravidez.

Período gestacional	Limite superior de T4 total na gestante
< 7 semanas	Igual ao limite superior da mulher não gestante
7 a 16 semanas	Aumentar o limite superior em 5% por semana
> 16 semanas	Aumentar o limite superior em 50%


Abreviaturas: T4: tiroxina


Fonte: ATA, 2017.

Com relação aos auto-anticorpos, anti-tireoglobulina (anti-TG) e anti-tireoperoxidase (anti-TPO) positivos são encontrados em 2% a 17% das gestantes e a sua determinação é útil na confirmação da etiologia da doença tireoidiana autoimune.

Em gestantes com auto-imunidade tireoidiana, o hipotireoidismo pode surgir pelo comprometimento da habilidade da tireoide em atender ao aumento da demanda de produção hormonal típica do período. Mulheres eutireoidianas portadoras do anti-TG ou anti-TTPO devem dosar TSH ao diagnóstico da gravidez e a cada 4 semanas durante esta.

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

