



REUNIÃO DE PRIMAVERA DO GRUPO DE ESTUDO DA TIRÓIDE

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA,
DIABETES E METABOLISMO

6 de maio de 2017
Hotel D. Inês, Coimbra



PROGRAMA





PROGRAMA

09:00h	Abertura do Secretariado
10:00-11:20h	TIRÓIDE E GRAVIDEZ Moderação: <i>Edward Limbert (Lisboa)</i>
10:00-10:30h	Interpretação dos doseamentos da função tiroideia na gravidez <i>Diana Oliveira e João Gonçalo Frade (Coimbra)</i>
10:30-11:00h	Rastreo da disfunção tiroideia na gravidez Perspectiva da endocrinologia <i>Maria João Oliveira (Vila Nova de Gaia)</i> Perspectiva da obstetrícia <i>Inês Marques (Coimbra)</i>
11:00-11:20h	Discussão
11:20-11:40h	Intervalo
11:40-13:00h	Moderação: <i>Maria do Céu Almeida (Coimbra)</i>
11:40-12:00h	Hipotiroidismo <i>Sandra Paiva (Coimbra)</i>
12:00-12:15h	Hipotiroidinemia isolada <i>Sandra Belo (Porto)</i>
12:15-12:35h	Hipotiroidismo subclínico <i>António Garrão (Lisboa)</i>
12:35-13:00h	Discussão
13:00-14:00h	Almoço
14:00-15:20h	Comunicações orais Moderação: <i>Joana Couto (Coimbra)</i>
14:00-14:20h	Bócio fetal com hipotiroidismo grave: a propósito de um caso clínico <i>Ana Amado, Joana Vilaverde, Clara Silva, M. Céu Rodrigues, Joaquim Saraiva, Carmen Carvalho, Teresa Borges, Jorge Soares (Porto)</i> Comentário: <i>Maria do Céu Almeida (Coimbra)</i>
14:20-14:40h	Iodo e gravidez – Reflexão a propósito de um caso clínico. <i>Adriana Sousa Lages, Sandra Paiva, Luísa Ruas, Helena Lopes, Patrícia Oliveira, Diana Oliveira, Diana Martins, Mara Ventura, Nelson Cunha, Diana Catarino, Lúcia Fadiga, Francisco Carrilho (Coimbra)</i> Comentário: <i>Edward Limbert (Lisboa)</i>
14:40-15:00h	Caso clínico – Doença de Graves na gravidez. <i>Catarina Machado, Maria João Oliveira (Vila Nova de Gaia)</i> Comentário: <i>Cláudia Freitas (Porto)</i>
15:00-15:20h	Carcinoma papilar da tiróide diagnosticado na gravidez – caso clínico. <i>Sara Donato, Diana Oliveira, Adriana Lages, Bernardo Marques, Diana Catarino, Diana Martins, Lúcia Fadiga, Mara Ventura, Nelson Cunha, Helena Lopes, Luísa Ruas, Sandra Paiva, Francisco Carrilho (Coimbra)</i> Comentário: <i>Luís Raposo (Lisboa)</i>
15:20h	Encerramento da Reunião



RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS

Bócio fetal com hipotiroidismo grave: a propósito de um caso clínico

Ana Amado¹, Joana Vilaverde¹, Clara Silva², M., Céu Rodrigues², Joaquim Saraiva², Carmen Carvalho³, Teresa Borges⁴, Jorge Soares¹

*¹Serviços de Endocrinologia; ²Obstetrícia; ³Cuidados Intensivos Neonatais; ⁴Pediatria
Centro Materno Infantil do Norte do Centro Hospitalar e Universitário do Porto*

Introdução: O bócio fetal com hipotiroidismo é uma patologia rara, com uma incidência de 1/30000-50000 nados vivos. Está associado a várias complicações pré e pós-natais, diretamente relacionadas com o volume cervical (polihidrâmnios, hiperextensão cervical, distocia durante o parto) ou com a disfunção tiroideia (atraso de crescimento, atraso de desenvolvimento psicomotor, hipotonia muscular...).

Caso clínico: Primigesta de 28 anos, saudável. Às 29 semanas de gravidez é detetada ecograficamente tumefação cervical vascularizada, com 25mm. Realizada ressonância magnética fetal às 31 semanas, que confirmou bócio fetal de 39,5x26,7mm. O estudo analítico materno relevou função tiroideia normal e anticorpos anti-tiroideus e anti-receptores de TSH negativos. Às 33 semanas função tiroideia no líquido amniótico com TSH 3,5 μ UI/mL e T4 livre 0,3 ng/dL. Realizada amniocentese de levotiroxina às 33 e 34 semanas, de 300 e 400 μ g respetivamente. Às 36 semanas efetuada ressonância magnética de reavaliação, que mostrou estabilidade da lesão cervical, sem polihidrâmnios. Parto por cesariana às 39 semanas, de recém nascido de 3480g (P42) e 48cm (P7,2); APGAR de 7 e 9 aos 1 e 5 minutos respetivamente. Ao nascimento constadas hipertensão pulmonar e disfunção ventricular, com necessidade de ventilação mecânica nos primeiros 5 dias de vida e suporte aminérgico nos primeiros 6 dias. Doseamento do sangue no cordão umbilical com TSH 715 mUI/mL, T4 livre 0,2 ng/mL, T3 livre 0,9 pg/mL e tireoglobulina 4376 ng/mL; ecografia a mostrar bócio heterogéneo, sem lesões focais. Iniciada suplementação com levotiroxina ao 1º dia (25 μ g). Após a alta manteve seguimento regular, tendo atualmente 5 anos de idade; está medicado com levotiroxina 75 μ g, apresentando 22 kg (P90) e 114,3 cm (P77) e mantendo desenvolvimento psicomotor normal.

Conclusão: O bócio fetal com hipotiroidismo é raro, mas pode ter consequências graves ao nascimento, mesmo após tratamento intrauterino. A suplementação atempada com levotiroxina previne complicações a longo prazo.



Iodo e gravidez – Reflexão a propósito de um caso clínico

Adriana Sousa Lages, Sandra Paiva, Luísa Ruas, Helena Lopes, Patrícia Oliveira, Diana Oliveira, Diana Martins, Mara Ventura, Nelson Cunha, Diana Catarino, Lúcia Fadiga, Francisco Carrilho

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O iodo constitui um elemento essencial na síntese das hormonas tiroideias. Durante a gravidez as necessidades de iodo aumentam sendo que a sua deficiência pode condicionar alterações significativas no desenvolvimento neurocognitivo fetal.

Caso clínico: Mulher, 32 anos com antecedentes conhecidos de tiroidite auto-imune, em eutiroidia previamente à gravidez, sem necessidade de terapêutica dirigida (TSH 1.51 uU/mL –VR 0.4-4; T4I 1.36 ng/dL- VR 0.8-1.9; AcTPO 47 – VR<40; AcTG >600 – VR<40). Sem outros antecedentes patológicos de relevo; história familiar de patologia tiroideia materna conhecida.

Iniciou suplementação com iodeto de potássio 200 µg/dia após concepção, apresentando em controlo analítico às 6s+5d de gestação, hipotiroidismo marcado (TSH 27.45 uU/mL; T4I 0.72 ng/dL) e elevação acentuada do título de AcTG (>4000) que justificou suspensão imediata de iodo e início de terapêutica com levotiroxina 100mcg id. Realizou ainda estudo ecográfico tiroideu que revelou alterações sugestivas de tiroidite, sem nódulos identificáveis.

Foi observada em consulta de Obstetrícia-Endocrinologia na 21ª semana de gestação apresentando normalização de estudo de função tiroideia após suspensão de terapêutica com iodo (TSH 0.53 uU/mL; T4I 1.13 ng/dL) e estudo ecográfico obstétrico fetal com parâmetros dentro da normalidade. Restante gestação sem intercorrências de relevo, com parto eutócico às 36s+6d de recém-nascido do sexo masculino com peso 3300g e Apgar 1'5':9/10.

Em reavaliação analítica 6 semanas após parto, o estudo de função tiroideia revelou TSH 0.055 uU/mL e T4I 1.7 ng/dL que motivou redução de dose de levotiroxina para 75mcg id e indicação para manutenção do seguimento em ambulatório junto do médico assistente.

Conclusões: Existe evidência científica recente da existência de deficiência de iodo em populações de risco em Portugal, nomeadamente na população de mulheres grávidas.

A suplementação de iodo em mulheres que pretendem engravidar é recomendada precocemente ainda na preconcepção.

Em mulheres com patologia tiroideia conhecida, nomeadamente com tiroidite auto-imune em eutiroidia como no caso apresentado, a administração de iodo pode condicionar aumento da imunogenicidade glandular com risco acrescido de hipotiroidismo, devendo ser tomada a decisão de suplementar com iodo caso-a-caso e, idealmente, ainda na preconcepção.



Caso clínico – Doença de Graves na gravidez

Catarina Machado, Maria João Oliveira

Serviço Endocrinologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Mulher de 27 anos, 2 gesta 0 para, asiática, natural da China. Anamnese muito difícil por barreira linguística. Antecedentes médicos relevantes: abortamento espontâneo no 1^oT 6 meses antes da 1^a observação por Endocrinologia. Em análises realizadas posteriormente ao abortamento objetivado hipertiroidismo: T4 livre 52,5pmol/L (11,5-22,7) e TSH <0,01uUI/mL. Ecograficamente com glândula heterogênea, de dimensões aumentadas, sem lesões nodulares, fluxo elevado e anticorpos anti-recetor TSH (TRAbs) = 228,0 IU/L (neg<1,0). Iniciou metibazol 20 mg/dia. Regressou à China e abandonou a consulta. Referenciada novamente pela consulta de Obstetrícia, por gravidez espontânea com 17 semanas. Já observada na China e medicada com metibazol 5 mg/dia. Suspendeu terapêutica com antitiroideos de síntese, pela primeira vez, às 20 semanas, por frações tiroideias livres dentro dos valores normais. Necessidade de re-introdução do fármaco às 25 semanas, por recidiva (TSH indoseável e T4 livre elevada – 2xNormal). Manteve metibazol 5 mg/dia até às 34 semanas, tendo suspenso por frações tiroideias livres normais. Nova recidiva às 38 semanas com TRAbs 3^oT de 72,0 IU/L. Do ponto de vista obstétrico, destaca-se aumento ponderal materno de 14 kg, sem HTA ou taquicardia. Desenvolvimento fetal harmonioso no P25-50, sem bócio referido. Dado hipertiroidismo de difícil controlo, com necessidade de terapêutica, decidida indução de parto às 39 semanas e 4 dias. Parto por cesariana, por incompatibilidade feto-pélvica, com recém-nascido vivo, 3190g, índice de Apgar 6/7/10 (1^o, 5^o e 10^o minutos).

Como intercorrências fetais, destaca-se RN com icterícia neonatal, com necessidade de fototerapia, e hipertiroidismo transitório. A função tiroideia do RN colhida do cordão umbilical era normal (TSH 0,45 uUI/mL, T4 livre 1,41 pg/mL). Em D7 de vida, objetivado hipertiroidismo (TSH 0,02 uUI/mL, T4 livre 3,86 pg/mL), com RN assintomático, com boa tolerância alimentar, sem tremor ou diarreia. Fez terapêutica com metibazol 0,5mg/kg/dia durante 12 dias, com posterior hipotiroidismo iatrogénico (TSH 10,75 uUI/ml, T4 livre 0,96 pg/mL). TRAbs no RN de 1,7 IU/L. Mantem-se eutiroideu 1 mês após suspensão de metibazol, sem hipo ou hipertiroidismo.

Relativamente à doente, cerca de 4 semanas após o parto, admitida no SU por apendicite aguda complicada com fleimão. Evolução em choque séptico com peri-paragem e admitida em unidade de cuidados intensivos. Durante o internamento, verificada instabilidade elétrica, com taquicardia ventricular polimorfa. Dado o quadro séptico, colocou-se a hipótese de tempestade tiroideia, mas a doente apresentava frações tiroideias livres normais, medicada com metibazol 15 mg/dia. Estabilidade do quadro clínico após início de antibioterapia de largo espectro, com evolução favorável e alta prevista na próxima semana.



Carcinoma papilar da tiróide diagnosticado na gravidez – caso clínico

Sara Donato¹, Diana Oliveira², Adriana Lages², Bernardo Marques³, Diana Catarino², Diana Martins², Lúcia Fadiga², Mara Ventura², Nelson Cunha², Helena Lopes⁴, Luísa Ruas², Sandra Paiva², Francisco Carrilho²

¹Serviço de Endocrinologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil; ²Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Serviço de Endocrinologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil; ⁴Serviço de Obstetrícia, Maternidade Daniel de Matos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O carcinoma da tiroide diagnosticado durante a gravidez impõe-se como um desafio em termos terapêuticos para os clínicos e como uma fonte adicional de stresse para a grávida. É necessário fazer um balanço entre a instituição de terapêutica e os possíveis efeitos secundários desta na mãe e no feto, tendo em consideração que adiar o tratamento cirúrgico nestas circunstâncias não parece alterar a sobrevida ou as taxas de recorrência/persistência de doença. Apresenta-se um caso clínico que espelha o seguimento destas doentes.

Caso Clínico: Mulher de 32 anos, G2P2, que após identificação de nódulo cervical anterior à auto-palpação, realizou ecográfica cervical que mostrou nódulo tiroideu hipocogénico de contornos irregulares com 18 x 12 mm. Realizou citologia aspirativa às quatro semanas de gestação, embora a gravidez ainda não tivesse sido diagnosticada, cujo resultado foi de suspeito de malignidade. Os seus antecedentes pessoais e familiares eram irrelevantes e analiticamente encontrava-se em eutiroidismo. Foi decidido manter vigilância ecográfica do nódulo, pelo que foi monitorizada clínica e ecograficamente durante a gestação. O nódulo manteve-se estável e, um mês após o parto, a doente foi submetida a tiroidectomia total. Histologicamente tratava-se de um carcinoma papilar variante clássica multifocal de 20 mm, coincidente com a margem cirúrgica, com extensão extratiroideia mínima, invasão linfovascular e metastização num gânglio peritiroideu de 1 mm (T1bN1aMxR1). Na avaliação pós-operatória apresentava resposta indeterminada - ecograficamente identificava-se área nodular hipocogénica no leito tiroideu à direita com 4 x 9 mm e outra imediatamente superior ao esterno com 11 x 5 mm; analiticamente tiroglobulina indoseável, no entanto anticorpos anti-tiroglobulina de 29 UI/mL. Foi proposta para terapêutica ablativa com iodo radioactivo.

Conclusão: Na maioria das doentes com carcinoma diferenciado da tiroide, está recomendada cirurgia apenas no pós-parto. No caso apresentado, se a gravidez já fosse conhecida, a realização de citologia aspirativa poderia ter sido protelada para o pós-parto, considerando a vontade da doente. A vigilância ecográfica é fundamental, uma vez que se houver suspeita de comportamento agressivo a intervenção cirúrgica deve ser ponderada.



Intervenientes

António Garrão (*Lisboa*)
Cláudia Freitas (*Porto*)
Diana Oliveira (*Coimbra*)
Edward Limbert (*Lisboa*)
Inês Marques (*Coimbra*)
Joana Couto (*Coimbra*)
João Gonçalo Frade (*Coimbra*)
Luís Raposo (*Lisboa*)
Maria do Céu Almeida (*Coimbra*)
Maria João Oliveira (*Vila Nova de Gaia*)
Sandra Belo (*Porto*)
Sandra Paiva (*Coimbra*)

Organização



Fernando Rodrigues
Teresa Martins
Miguel Melo
Joana Couto



SPEDM
Sociedade Portuguesa de Endocrinologia
Diabetes e Metabolismo

Patrocínio

MERCK

Secretariado

admédic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

E: paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt

