

## Hipotireoidismo subclínico: Definição, Diagnóstico, História Natural e Significado Clínico - Consenso Brasileiro para Abordagem Clínica e Tratamento do Hipotireoidismo Subclínico em Adultos

O hipotireoidismo subclínico (HSC) tem prevalência estimada na população geral de 4-10%, sendo maior no sexo feminino, idosos e inversamente proporcional ao conteúdo de iodo na dieta.

### RECOMENDAÇÕES SOBRE DEFINIÇÃO E DIAGNÓSTICO

1 - Apesar de o termo subclínico associar-se à ausência de sintomas óbvios da falência hormonal da glândula tireoide, o HSC é definido bioquimicamente pela elevação dos níveis séricos do TSH na presença de concentrações séricas normais do T4 livre (T4L).

2 - O valor de referência para TSH sérico normal para adulto comumente utilizado para todas as raças, gêneros e etnias provém de grandes estudos populacionais e está entre 0,4 e 4,5 mU/L. É importante avaliar intervalos de normalidade para cada faixa etária, considerando as populações pediátrica e de idosos. Em gestantes, são esperados valores até 2,5 mU/L no primeiro trimestre e até 3,5 mU/L nos dois últimos trimestres como limites de referência na ausência de referências laboratoriais locais.

3 - O diagnóstico do HSC é bioquímico e consiste na detecção de concentrações elevadas de TSH na presença de níveis normais de T4L, excluindo-se outras causas de elevação do TSH. O consenso aceita valores até 20 mU/L como limite máximo para o TSH no diagnóstico do HSC.

#### Causas de elevação do TSH mediante T4L normal

##### Elevação transitória

Ajustes na dosagem de levotiroxina  
Hipotireoidismo subtratado com levotiroxina  
Recuperação da tireoidite subaguda  
Após radioiodo para doença de Graves  
Fase de recuperação da doença de Graves

##### Outras causas

Elevação do TSH com o passar da idade  
Uso de TSH recombinante em paciente tratado para câncer de tireoide  
Reação do TSH com anticorpo heterofilo  
Mutação do receptor de TSH

4 - O TSH deve ser solicitado mediante suspeita clínica ou como *screening* em indivíduos com risco para o HSC (mulheres acima de 35 anos, história prévia ou familiar, submetidos à cirurgia tireoidiana, terapia com radiação externa do pescoço, diabetes tipo 1, história pessoal ou familiar de doença autoimune, síndrome de Down e Turner, uso de lítio ou amiodarona, depressão, dislipidemia e hiperprolactinemia).

5 - O HSC persistente ou progressivo deve ser diferenciado de causas de elevação transitória do TSH, as quais podem regredir durante o seguimento, particularmente aqueles com  $TSH \leq 10$  mU/L. O TSH deve ser repetido, inicialmente, em três meses para confirmação de HSC persistente.

6 - HSC poderia ser classificado de acordo com as concentrações séricas de TSH, considerando-se as taxas de evolução para hipotireoidismo manifesto e o risco de eventos coronários e de mortalidade em leve, moderado e grave ( $TSH \geq 10$  mU/L).

### RECOMENDAÇÕES SOBRE HISTÓRIA NATURAL

7 - Sexo feminino, nível do TSH sérico, autoimunidade tireoidiana (anticorpos tireoidianos positivos) e ingestão aumentada de iodo são fatores de risco associados com a progressão ao hipotireoidismo manifesto.  $TSH \leq 10$  mU/L associa-se com maior risco para progressão ao hipotireoidismo em adultos e idosos.

8 - O risco de progressão ao hipotireoidismo é baixo entre crianças e adolescentes, mais provável na presença de bócio, doença celíaca, anticorpos antitireoidianos positivos e com níveis mais elevados de TSH.

9 - A determinação dos anticorpos anti-TPO e o ultrassom da tireoide podem ser úteis na determinação da etiologia do HSC e na predição do risco de progressão ao hipotireoidismo manifesto.

### RECOMENDAÇÕES SOBRE SIGNIFICADO CLÍNICO

10 - O HSC pode ser sintomático em pequena proporção de pacientes, mas não há evidência sobre os efeitos do HSC na qualidade de vida e na função cognitiva. Em idosos, o HSC não se associou com efeitos sobre a função cognitiva, depressão e ansiedade.

11 - Há discordância entre os estudos populacionais sobre uma potencial associação do HSC com dislipidemia, mas  $TSH > 10$  mU/L, tabagismo e resistência insulínica associam-se com maior risco para dislipidemia no HSC.

12 - Há escassos estudos na literatura sobre os efeitos do HSC no endotélio vascular, a maioria com amostra insuficiente de pacientes, limitando o poder de evidência sobre a relação causa-efeito.

13 - Estudos populacionais não observaram evidência consistente de efeitos do HSC sobre a estrutura cardíaca e nas funções sistólica e diastólica.

14 - Há evidência mostrando associação significativa do HSC com insuficiência cardíaca congestiva, particularmente em idosos e para níveis de TSH acima de 10 mU/L.

15 - Há evidência consistente sobre a associação do HSC com o risco de doença arterial coronariana e de morte por doença arterial coronariana, particularmente para valores do  $TSH \geq 10$  mU/L, mas não em idosos.

### Referência Bibliográfica

1. Sgarbi JA et al. Consenso brasileiro para abordagem clínica e tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013;57:166-183.