

Relatos Casos Clínicos

PO - (UM16-67) - DISTÚRBIO NO SISTEMA HORMONAL

Ana Filipa Ventura Pereira¹; Gianfranco Ricchiuti¹; Cristina Branco¹

1 - Unidade de Saúde Familiar de São Filipe

Enquadramento:

O hipotiroidismo corresponde a uma disfunção tiroideia que resulta de uma diminuição da secreção de hormona tiroideia provocando lentificação dos processos metabólicos a nível de tecidos e órgãos do organismo. A secreção deficiente de hormona pode ser causada pela insuficiência tiroideia (*hipotiroidismo primário*) ou menos frequentemente pela doença hipofisária/hipotalâmica (*hipotiroidismo secundário*). O quadro clínico pode variar de assintomático a grave dificultando e atrasando o diagnóstico e terapêutica.

Descrição do Caso:

Sexo masculino, 68 anos, natural e residente em Setúbal, casado, pescador aposentado, pertencente a família nuclear, ciclo de Duvall VII e Graffar IV.

Antecedentes pessoais: hábitos alcoólicos (> 100gr etanol/dia até 2005) e tabágicos (70UMA, descontinuou em 2008); cirrose hepática alcoólica desde 2006 complicada de ascite, hipertensão portal, gastropatia hipertensiva portal ligeira, varizes esofágicas grau II (abandonou consulta de Gastroenterologia); neoplasia da laringe em 2011 submetido a laringectomia total, hemitiroidectomia direita e traqueostomia seguidas de radioterapia adjuvante - Diagnóstico Histológico: carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado, ulcerado, queratinizado e infiltrativo da corda vocal direita (T3N0M0) e síndrome depressivo.

Utente pouco frequentador da consulta até Janeiro de 2015 recorre a consulta de Medicina Geral e Familiar em Janeiro de 2015 por queixas compatíveis com lipotímia, astenia, sensação de mal-estar geral, descoordenação motora com perturbação da marcha e sudorese profusa que surgem quase todos os dias sempre por volta da meia-noite (após acordar de cerca de 4 horas de sono) com vários meses de evolução. Refere melhoria do quadro clínico após ingestão alimentar, sem outros fatores de alívio ou agravamento. Nega sintomatologia acompanhante. Sem alterações ao exame objetivo.

Perante o caso descrito foram pedidos electrocardiograma, ecocardiograma transtorácico, teleradiografia de Tórax PA e perfil esquerdo, ecografia doppler e análises que não apresentaram alterações de relevo. Por persistência da sintomatologia foram pedidas novas análises que revelaram TSH de 149,7 mUI/L e T4 livre de 0,29 ug/dL. Foi colocado como diagnóstico mais provável um hipotiroidismo primário causado por hemitiroidectomia direita e radioterapia adjuvante pelo que foi medicado com levotiroxina sódica 0,1 mg. Na consulta de reavaliação, o doente apresentava-se assintomático, com função tiroideia normalizada e ecografia da tiróide com heterogeneidade estrutural da loba tiroideia relacionada com os antecedentes cirúrgicos e tratamentos de radioterapia.

Discussão:

O hipotiroidismo primário tem base etiológica diferente na criança e no adulto. Nos adultos pode dever-se a tiroidite crónica auto-imune, tiroidite silenciosa/tiroidite sub-aguda, iatrogénica (cirurgia, radioterapia, fármacos), doença infiltrativa da tiróide, terapêutica com iodo (I^{131}) ou deficiência de iodo. O hipotiroidismo clínico é caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas insidiosos que alteram a qualidade de vida do doente e que quando marcados facilitam o diagnóstico clínico. Quando as manifestações clínicas são menos evidentes é necessário suspeitar e investigar hipotiroidismo nomeadamente em caso de astenia marcada. Este episódio de cuidados mostra a importância do médico de família como gestor de cuidados sendo esta uma das suas competências nucleares. É importante ter sempre em consideração a história pregressa pois esse conhecimento atempado e integrado pode clarificar muito precocemente situações ocultadas por queixas recorrentes, atípicas e inespecíficas.