

# Tiroidite Auto-Imune, Experiência de uma Consulta

Soraia Tomé<sup>1</sup>, Anabela Bandeira<sup>1</sup>, Helena Cardoso<sup>2</sup>, Teresa Borges<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A doença auto-imune da tiróide é a principal causa de Hipotiroidismo adquirido na criança e adolescente, a sua incidência em idade escolar é de 1.3%<sup>1</sup>.

**Objectivo:** Caracterizar os doentes com Tiroidite Auto-Imune da consulta de Endocrinologia Pediátrica do Hospital Geral de Santo António em seguimento no ano de 2006.

**Metodologia:** Foi efectuado um estudo retrospectivo com revisão dos processos clínicos, considerando os seguintes parâmetros: idade, sexo, forma de apresentação clínica e analítica, estágio pubertário, antecedentes pessoais e familiares de patologia auto-imune, anticorpos antitiroideos, exames imagiológicos, tratamento instituído e seguimento.

**Resultados:** Obtivemos um total de 36 doentes, idades compreendidas entre 4.75 e 15.0 anos (média 11.4; mediana 12.2), 61% do sexo feminino e 61% púberes. A suspeita diagnóstica baseou-se em 50% dos casos na presença de bócio, em 33% na sequência do rastreio pela presença de outras doenças auto-imunes e em 17% no excesso de peso. Antecedentes familiares de patologia tiroideia presentes em 36%. Por definição, todos apresentavam anticorpos antitiroideos positivos. Na altura do diagnóstico, 39%

apresentavam Hipotiroidismo compensado, 31% Hipotiroidismo descompensado, 28% função tiroideia normal e uma doente Hipertiroidismo compensado. A ecografia cervical revelou na maioria dos doentes uma glândula aumentada com padrão heterogéneo. Foi iniciada terapêutica com levotiroxina a todos os doentes com Hipotiroidismo, verificando-se normalização da função tiroideia. O seguimento médio dos doentes foi de 23.9 meses (máximo 78, mínimo um).

**Discussão:** A tiroidite auto-imune continua a ser uma patologia prevalente em idade pediátrica, principalmente na adolescência, e a sua associação com outras doenças auto-imunes é mais uma vez evidenciada nesta análise. Os dados obtidos são concordantes com a literatura, como o facto de ser mais frequente no sexo feminino e ter uma boa resposta à terapêutica médica.

**Palavras-chave:** Tiroidite auto-imune, Hipotiroidismo, Crianças, Adolescentes

Nascer e Crescer 2008; 17(1): 13-15

## INTRODUÇÃO

A doença auto-imune (AI) da tiróide é uma patologia frequente nos adultos. Caracteriza-se pela presença de anticorpos contra componentes do tecido da tiróide associados a alteração, mais ou menos acentuada, da função tiroideia ou a alterações da morfologia glandular.

Em idade pediátrica é uma situação mais rara estimando-se a sua incidência em 1.3% das crianças em idade escolar<sup>1</sup>. Trata-se da principal causa de Hipotiroidismo adquirido em pediatria<sup>(1)</sup> e, tal como nos adultos, a normalização da função tiroideia é facilmente atingida com a instituição de terapêutica.

O diagnóstico é muito importante uma vez que os distúrbios da função tiroideia têm importantes repercussões quer no crescimento quer no desenvolvimento das crianças.

O objectivo deste trabalho foi o de caracterizar, através de um estudo retrospectivo, as crianças e adolescentes com Tiroidite Auto-Imune (TAI), avaliar a forma de apresentação clínica e analítica, a terapêutica e a evolução.

## AMOSTRA E METODOLOGIA

Foram estudadas as crianças e adolescentes com TAI em seguimento na consulta de Endocrinologia Pediátrica do Hospital Geral de Santo António em 2006.

Foi realizado um estudo retrospectivo através da revisão dos processos clínicos dos doentes. Análise dos dados relativos à idade, sexo, forma de apresentação clínica e analítica, estágio pubertário, antecedentes pessoais e familiares de patologia AI, anticorpos antitiroideos (antiperoxidase e antitiroglobulina), exames imagiológicos, tratamento instituído e seguimento.

## RESULTADOS

Foi obtido um total de 36 crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre 4.75 e 15.0 anos (média 11.4anos; mediana 12.2anos), 25 dos quais adolescentes. A maioria dos doentes era do sexo feminino (61%). Verificou-se um predomínio de doentes púberes (61%)

A suspeita diagnóstica baseou-se na presença de bócio em 50% dos casos, na sequência do rastreio pela presença de outras doenças AI em 33%, na presença de excesso de peso em 17% (três casos de Obesidade e três de sobrepeso). Dos

<sup>1</sup> Interna Complementar de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, EPE – Unidade Hospital Geral de Santo António.

<sup>2</sup> Assistente Hospitalar Graduada de Endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto, EPE – Unidade Hospital Geral de Santo António; Consulta de Endocrinologia Pediátrica.

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, EPE – Unidade Hospital Geral de Santo António; Consulta de Endocrinologia Pediátrica.

12 doentes com patologia AI, oito tinham Diabetes Mellitus do tipo 1 (DM tipo1), três Vitiligo e um Alopecia (Quadro I).

Antecedentes familiares de patologia tiroideia estavam presentes em 36% dos casos, em todos eles no ramo familiar materno.

Relativamente ao exame objectivo, a tiróide era palpável em 18 doentes (50%) tendo correspondido, em todos os casos, a um aumento das dimensões da glândula em ecografia cervical. Verificou-se um excesso de peso em sete doentes, dois deles com presença de Acantose Nigricans. Uma das doentes, que na altura do diagnóstico tinha 13.31 anos, apresentava fácies mixematosa e baixa-estatura com uma altura de 135 cm (percentil 0.1; SDS -3.03), altura alvo de 151.5 cm (percentil 4, SDS -1.75) e atraso da idade óssea de dois anos relativamente à idade cronológica.

Todas os doentes apresentavam anticorpos antitiroideus positivos. A maioria deles (78%), apresentava positividade para ambos os anticorpos. Oito doentes tinham apenas um dos anticorpos positivos, em sete dos oito casos o anticorpo positivo era o anticorpo antiperoxidase.

A avaliação da função tiroideia, na altura do diagnóstico, revelou a existência de Hipotiroidismo compensado em 39% (TSH aumentada, T4 livre normal), de Hipotiroidismo descompensado em 31% e função tiroideia normal em 28%. Uma doente apresentou Hipertiroidismo compensado (TSH suprimida, T4 livre normal) que evoluiu posteriormente para Eutiroidismo. Nesta doente o doseamento de anticorpos anti-receptores da hormona tireoestimulante (TRABs) foi negativo.

Foi efectuada ecografia cervical a todos os doentes. Apenas um doente apresentava uma ecografia normal. Na grande maioria, 86%, a tiróide apresentava um padrão heterogéneo. Em 72% as dimensões da glândula estavam aumentadas e em 44% o parênquima glandular mostrava-se hipoecoico. Foram individualizados nódulos tiroideus em dez doentes. Em sete casos tratava-se de Bócio multinodular, em dois casos foram observados dois nódulos de pequenas dimensões (diâmetro inferior a 6 mm)

optando-se por uma vigilância ecográfica. Num doente com Síndrome de Down, DM tipo1 e TAI, por apresentar um nódulo único (diâmetro de 16 mm), foi efectuada citologia por biopsia aspirativa que confirmou a existência de Tiroidite Linfocítica.

Foi iniciada terapêutica com levotiroxina a todos os dentes com Hipotiroidismo, descompensado ou compensado, verificou-se em todos a normalização da função tiroideia.

O seguimento destes doentes variou entre um máximo de 78 meses (6.5 anos) e um mínimo de um mês com uma média de 23.9 meses e mediana de 43 meses. A doente com baixa estatura ao diagnóstico atingiu uma altura final de 153.1 cm (percentil 6, SDS 1.51).

## DISCUSSÃO

A incidência de TAI tem aumentado nos últimos anos em todas as faixas etárias e também em idade pediátrica<sup>(2,3)</sup>, principalmente em adolescentes. Em pediatria, o pico de incidência situa-se entre os 8 e os 15 anos<sup>(2)</sup>. A idade do grupo de doentes que apresentamos situa-se neste intervalo. É descrita uma maior prevalência no sexo feminino estimando-se uma relação entre os sexo de 2:1<sup>(1)</sup>. No nosso grupo existe um predomínio do sexo feminino (1.5:1) embora menos acentuado do que a relação descrita na literatura.

Trata-se de uma doença AI específica de órgão atingindo apenas a tiróide, o seu diagnóstico definitivo é estabelecido por biopsia ao verificar-se na histologia uma infiltração linfocítica do tecido glandular<sup>1</sup>. No único doente do nosso grupo submetido a citologia com biopsia aspirativa foi este o aspecto histológico encontrado. São vários os auto-anticorpos

produzidos contra a glândula tiróide, o anticorpo antiperoxidase é o mais frequentemente envolvido surgindo em cerca de 90% dos casos<sup>(1)</sup>, os anticorpos antitireoglobulina estão positivos numa percentagem menor. Quando rastreados em conjunto estes anticorpos identificam cerca de 95% dos doentes com TAI<sup>(1)</sup>. No nosso grupo a positividade mais frequente do anticorpo antiperoxidase também se verificou sendo este anticorpo negativo em apenas um doente que apresentava positividade para o anticorpo antitireoglobulina isoladamente.

Está descrita a associação da TAI com outras doenças AI como a DM tipo 1, Anemia perniciosa, Vitiligo, Doença Celíaca e Alopecia<sup>(1,3,4)</sup>. A associação com DM tipo 1, Vitiligo e Alopecia foi evidenciada neste grupo de doentes. A TAI está também associada a certas cromosomopatias como o Síndrome de Down, o Síndrome de Turner e o Síndrome de Klinefelter<sup>(1,3)</sup>, o que obriga ao seu rastreio nestas patologias. Um dos nossos doentes apresentava Síndrome de Down e DM tipo 1 simultaneamente.

Obtivemos neste grupo uma percentagem importante de história familiar de patologia da tiróide (36%), semelhante ao descrito em outras séries publicadas<sup>(5)</sup>.

A maioria das crianças com TAI apresenta-se assintomática<sup>(2,5)</sup>. No entanto, nos casos em que a função tiroideia está afectada, as manifestações clínicas mais comuns são a presença de bócio, a desaceleração do crescimento e o atraso pubertário nos adolescentes<sup>(6)</sup>. Da nossa amostra, onze doentes apresentavam hipotiroidismo descompensado mas apenas uma apresentava baixa estatura com recuperação após instituição da terapêutica.

Quadro I – Base da suspeita diagnóstica

Base da suspeita diagnóstica		n.º de doentes	%
Bócio		18	50%
Excesso de peso		6	17%
Rastreio na presença de outras Doenças AI	DM tipo 1	8	33%
	Vitiligo	3	
	Alopecia	1	

tica. Em situações mais raras a manifestação inicial pode ser um hipertiroidismo, que geralmente é moderado, de curta duração (um a dois meses) e que se deve distinguir da Doença de Graves<sup>(6)</sup>. Uma das nossas doentes apresentou inicialmente hipertiroidismo compensado com TRABs negativos.

A ecografia da tiróide confirma, na maioria das vezes, um aumento da glândula com um parênquima hipoeicoico e heterogéneo. Estas foram as alterações apresentadas na nossa casuística, estando a glândula aumentada em metade dos doentes, uma percentagem ligeiramente inferior ao descrito em outras séries<sup>(5)</sup>. Os nódulos, quando presentes e persistentes apesar do tratamento, devem ser biopsados uma vez que há descrição de casos de Carcinoma da Tiróide em doentes com TAI.<sup>(1)</sup>

O tratamento de substituição hormonal (levotiroxina) não tem interesse nos casos em que os doentes se apresentam eutiroideus. Com a instituição terapêutica ocorre normalização da função tiroideia e redução significativa do bócio quando presente<sup>(2)</sup>. No grupo de doentes apresentado, a introdução do tratamento levou à normalização da função tiroideia em todos.

Os doentes que se apresentam eutiroideus na altura do diagnóstico mantêm normalmente uma função tiroideia normal. No entanto uma percentagem variável evolui para hipotiroidismo pelo que o seu seguimento clínico e analítico deve manter-se de forma regular.

Os anticorpos antitiroideus podem inicialmente não estar presentes pelo que, perante um doente com suspeita clínica de TAI e anticorpos antitiroideus negativos o diagnóstico não deve ser excluído e o doseamento de anticorpos repetido posteriormente.<sup>(1)</sup>

A TAI deve ser pesquisada sistematicamente na presença de bócio e deve fazer parte do rastreio anual em crianças com outra doença AI. O seguimento a longo prazo com reavaliações clínicas e analíticas é necessário não só para con-

trolar e ajustar terapêutico mas também porque a função tiroideia pode sofrer alterações ao longo da evolução da doença.

## **AUTOIMMUNE THYROIDITIS, A CENTER EXPERIENCE**

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Thyroid Auto-immune disease is the main cause of acquired hypothyroidism in paediatrics and has an incidence of 1.3% in school age.

**Aim:** To characterize all patients followed in our unit for autoimmune thyroid disease during the year 2006.

**Methods:** Retrospective study with revision of patients files, taking into consideration the following parameters: age, sex, clinical and analytical presentation, pubertal stage, personal and family AI pathological history, thyroid antibodies, imagiology, treatment and follow-up.

**Results:** The number of patients was 36, with ages ranging from 4.75 years to 15.0 years (medium 11.4 years; median 12.2 years), 61% females, 61% in puberty. The diagnosis suspicion was based in goiter in 50% of the cases, obesity in 17% and in 33% during the routine analysis for other auto-immune diseases. There was a family history of thyroid disease in 36% of the cases. All of them had positive anti-thyroid antibodies. At the moment of the diagnosis, 39% of them had compensated Hypothyroidism, 31% had uncompensated Hypothyroidism, 28% had normal thyroid function and one case presented sub-clinical Hyperthyroidism. Cervical ultrasonography revealed, in the majority of cases, an augmented thyroid gland with heterogeneous pattern. All the patients with Hypothyroidism were replaced with levothyroxin and the normalization of the thyroid function was achieved. Mean follow-up time was 23.9 months (range from 1 to 78 months).

**Comments:** Autoimmune thyroid disease is still a prevalent pathology among paediatric patients, especially during adolescence and its association with

other autoimmune diseases is once again confirmed in this study.

Our results are in accordance with literature referring higher female prevalence and good response to treatment.

**Key-words:** Autoimmune thyroid disease, Hypothyroidism, Children, Adolescents.

Nascer e Crescer 2008; 17(1): 13-15

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Stephen Lafranchi. Disorders of the Thyroid Gland. Nelson Textbook of Pediatrics 17<sup>th</sup> ed. Saunders; 2004. p. 1870-90.
2. Michael S. Kappy, Joel W. Steelman, Sharon H. Travers, Philip S. Zeitler. The Thyroid Gland. Current Pediatric Diagnosis and Treatment 16<sup>th</sup> ed. Lange Medical Books/MacGra-Hill; 2003. p. 946-52.
3. Ian Hunter, Stephen A Greene, Thomas M Macdonald, Andrew D Morris. Prevalence and aetiology of hypothyroidism in the young. *Arch Dis Child*. 2000; 83: 207-210.
4. Zettinig G, Tanew A, Fischer G, Mayr W, Dudczak R, Weissel M. Autoimmune disease in vitiligo. *Clin Exp Immunol*. 2003; 131(2):347-54.
5. Marinovic D, Leger J, Garel C, Czernichow P. Thyroidite chronique auto-immune chez l'enfant. *Arch Pediatr*. 2000; 7(12): 1284-92.
6. D. Botero. Tiroidites de la Infancia. *Pombo Tratado de Endocrinologia Pediátrica 3ª ed.* MacGra-Hill; 2002. p. 565-69.

### **CORRESPONDÊNCIA**

Soraia Tomé

Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, Hospital Geral de Santo António

Largo Professor Abel Salazar  
4099-001 Porto

Tlm: 936 174 254

Fax: 220 900 620

E mail: soraiaatome@hotmail.com