

PE 030

02

76.11

30P

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TRABALHO DE PEDIATRIA

CASO CLÍNICO: HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO POR ATIREOSE

FLORIANÓPOLIS , SETEMBRO DE 1976

10
/

EQUIPE DE TRABALHO

LEONICE TERESINHA TOBIAS

MARISA ASSUNTA FANTIN

INTRODUÇÃO

A tireóide parece ter sua origem no embrião no estágio de 3-4 mm, pela proliferação e invaginação do endoderma na confluência ventral dos arcos braquiais. Este ponto de origem corresponde posteriormente ao foramen cecum. Nos casos de hipoplasia tireoideana de localização sublingual é neste lugar que se encontra tecido tireoideo remanescente. A tireóide ectópica sublingual não é capaz de manter o indivíduo em estado eutireoideo. (4)

O Hipotireoidismo é a endocrinopatia mais frequentemente responsável pelo nanismo. Quanto mais precocemente for efetuada a detecção desse distúrbio, maiores serão as oportunidades de atuação e / mais alentadores os resultados obtidos (4, 5).

Este trabalho tem objetivo de ressaltar a responsabilidade do Pediatra no reconhecimento dessa causa de desvio de crescimento e / desenvolvimento, considerando-se intransferível a posição do Pediatra na condução do seu diagnóstico e tratamento.

MATERIALE MÉTODO DE TRABALHO

Acompanhou-se um caso de Hipotireoidismo Congênito por Atireose internado na Unidade II do Hospital Edith Gama Ramos e através do / Método Prospectivo analisou-se dados de Anamnese, Exame Físico , / Exames Complementares , Evolução e Terapêutica .

IDENTIFICAÇÃO

NOME: E.A.H.

REGISTRO: 43553

IDADE: 2 meses

SEXO: Feminino

CÔR: Branca

NACIONALIDADE: Brasileira

PROCEDÊNCIA: Itajaí

A N A M N E S E

QUEIXAS PRINCIPAIS: Custa engolir + Não evacua + Barriga inchada.

HISTÓRIA MÓRBIDA ATUAL: Desde o nascimento a mãe notou que a criança apresentava dificuldade para deglutir e refluía o alimento, mesmo quando dado devagar. Desde a mesma época que apresenta dificuldade para evacuar, sendo que inicialmente evacuava com intervalos de 6 a 7 dias e depois passou a evacuar somente com uso de supositório. Apresenta distensão abdominal com frequência.

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA:

1. ANTECEDENTES INDIVIDUAIS

- Gestação: Gestação a termo. No quarto mês de gestação houve ameaça de aborto, sendo internada e medicada. Fêz pré natal. Não fêz uso de drogas que possam ter interferido no desenvolvimento normal da criança. Nega o uso de antitireoidianos durante a gestação.
- Parto: Normal. Chorou logo ao nascer. Nega cianose e icterícia. Peso de nascimento: 3630 gramas.
- Desenvolvimento Neuropsicomotor: Não sorri; não segura a cabeça. Apresenta dificuldade de deglutição.
- Antecedentes Imunológicos: Nega imunização.
- Antecedentes Patológicos: Nega patologias anteriores.
- Antecedentes Alimentares: Leite Materno até 7 dias, depois Leite Materno mais Nestogeno. Alimentação atual: Nestogeno.

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai: 29 anos saudável

Mãe: 25 anos portadora de episódios alérgicos.

Irmaos: 3 irmãos saudáveis.

3. EPIDEMIOLOGIA LOCAL

Nega Epidemiologia Local .

4. CONDIÇÕES SOCIO-ECONÔMICAS E HÁBITOS DE VIDA

Casa de madeira com água encanada , sem esgoto , sem banheiro .

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO GERAL

Impressão Geral : boa

Estado Nutritivo: Nutrida

Estado de Hidratação : Hidratada

Psiquismo: Lúcida , calma , contactuando com o meio .

Atividade: Hipoativa

Atitude : Atípica

Facies: Cretina

Coloração: Palidez cutânea

Pele: Pele fria , seca , áspera , com áreas de descamação no rosto .

Subcutâneo : Presente e bem distribuído .

Mucosas: Mucosas descoradas + +/ 4

Musculatura: Hipotrófica . Musculatura da pantorrilha apresenta-se rígida.

Esqueleto: Sem deformidades aparentes .

Fâneros : Cabelos secos de implantação baixa na fronte .

Gânglios: Impalpáveis

P= 6Kg FC= 104bpm FR= 32rpm T= 35° C

EXAME FÍSICO SEGMENTAR

CABEÇA: Crânio: Crânio simétrico ; Fontanela anterior aberta (3x5cm)

Face: Pseudo Hipertelorismo, achatamento da base do nariz, implantação baixa de cabelos ; macroglossia, impedindo o fechamento da boca .

PESCOÇO: SP

TRONCO: Inspeção: SP

Palpação: SP Percussão: SP

Ausculta Cardíaca: Bradicardia

Ausculta pulmonar: Róndos generalizados .

ABDOME: Inspeção: Abdome globoso com hérnia umbilical .

Palpação: flácido e indolor á palpação . Percussão: Timpanismo.

Ausculta: ausência de ruídos hidroaéreos .

PERÍNEO e GÊNITO - URINÁRIO: SP

MEMBROS: Extremidades frias

SNC : Consciente . Ausência de sinais Meningeos . ESTADO GERAL: BOM

EXAMES COMPLEMENTARES

1. HEMOGRAMA

Hemácias: 3 900 000 p/mm³

Hemoglobina: 11,4 g %

Hematócrito: 34 %

Eosinófilos : 2%

Basófilos : 0%

Linfócitos : 40%

Monócitos : 4%

Bastonados : 3%

Segmentados: 51%

2. CONTAGEM DE PLAQUETAS: 250 000 pmm³

3. RETICULÓCITOS : 1 %

4. PARCIAL DE URINA:

Ph: 5

Germes: ++

Muco : ++

5. SOROLOGIA para LUES: Negativa

6. COPROCULTURA com TSA: E. coli . Sensível á Gentamicina .

7. TIREOGRAMA: Atireose .

8 . DOSAGEM DE T₃ e T₄ :Foram dosados mas o resultado ainda não chegou, provavelmente apresentarão níveis baixissimos ou estaraõ ausentes .

9 . RAIOS X : RX de crâneo perfil mais RX Tórax PA mais Rx Coluna perfil mais Rx de Bacia : Normais .

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de Hipotireoidismo Congênito por Atireose foi feito através dos resultados obtidos por meio da Anamnese, Exame Físico e Exames Complementares em confronto com a Bibliografia consultada (1, 2, 3, 4, 5) .

Os dados de Anamnese que serviram para lançar a hipótese diagnóstica de Hipotireoidismo Congênito foram os seguintes : Dificuldade para / deglutir apresentada desde o nascimento juntamente com a dificuldade / para evacuar, traduzida por evacuações esparsas; somando-se a êste quadro, cita-se a distensão abdominal e o choro rouco ; dados êstes que estão de acordo com dados bibliográficos (1, 3, 5) .

Dados de Exame Físico que afirmaram a hipótese diagnóstica, acima, / cita-se: Hipoatividade; facies cretina ; palidez cutâneo-mucosa ; pele sêca, fria, áspera e descamativa ; cabelos sêcos e de implantação baixa; pseudo hipertelorismo; achatamento da base do nariz; macroglossia dificultando o fechamento da bôca ; bradicardia; bradipneia; Hipotermia ; distensão abdominal e Hérnia Umbilical . Isto concorda com a Literatura(1, 2, 3, 4, 5 .) .

O Exame Complementar que selou o diagnóstico de Hipotireoidismo foi o Tireograma, revelando Atireose .

Está sendo dosado T_3 e T_4 , que provavelmente irá confirmar êste / diagnóstico .

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pouca dificuldade encontra-se no diagnóstico de Cretinismo clássico ; entretanto o diagnóstico diferencial se faz com algumas patologias quando não se trata de um caso característico de Hipotireoidismo Congênito . (2 , 3)

O diagnóstico diferencial se faz com as seguintes patologias :

1. O Cretinismo entra em diagnóstico diferencial com o Mongolismo / sendo que a diferenciação é feita através da inspeção , onde percebe-se no mongol olhos característicos e hiperextensibilidade das articulações dos dedos . O laboratório também faz a diferenciação através da captação de iodo e dosagem de T_3 e T_4 normal na patologia Mongol . (3)
2. Necessário se faz a diferenciação entre o Hipotireoidismo Congênito e o urêmico crônico com acuidade mental retardada , visto o urêmico apresentar também anemia , hipercolesterolemia e edema , entretanto a diferenciação se faz através da captação de iodo , que geralmente é normal nos nefróticos ; acrescido do baixo nível de iodo ligado a proteína , devido a proteinúria que ocorre comumente nos urêmicos crônicos . (3)
3. Hipotireoidismo Congênito se diferencia da Doença de Addison através do teste de sobrecarga de água que no Hipotireoidismo é normal e valores baixos para captação do PBI e do iodo radioativo . (2,3) .

E V O L U Ç Ã O

A paciente encontra-se no 30º dia de internação , evoluindo satisfatoriamente com a medicação administrada , apresentando melhora do quadro clínico como diminuição da macroglossia e da distensão abdominal, e normalização do ritmo intestinal .

No decorrer de sua evolução clínica apresentou Gastroenterite /- Aguda mais Desidratação , sendo medicada e hidratada , obtendo-se resultados satisfatórios .

C O N D I Ç Õ E S D E A L T A

A paciente continua internada para avaliação de sua evolução clínica frente a medicação estabelecida . Encontra-se em condições clínicas dita melhorada .

P R O G N Ó S T I C O

Tudo leva a crer que o prognóstico será satisfatório, tanto do / ponto de vista estrutural como de funções cerebrais ; devido o diag-/ nóstico e tratamento terem sido estabelecido precocemente .

T R A T A M E N T O

Estabeleceu-se Hormonioterapia Substitutiva com T_3 e T_4 .
Administrou-se um quarto de comprimido / dia (T_3 e T_4) , durante 10 dias
A seguir aumentou-se a dose para um meio de comprimido / dia , que será /
administrado durante 2 semanas e conforme evolução do quadro estabe- /
lecer-se-a a dose de manutenção .

P E S Q U I S A B I B L I O G R Á F I C A

HIPOTIREOIDISMO INFANTIL

DEFINIÇÃO

Hipotireoidismo Infantil é um estado de produção insuficiente de hormônios tireoidianos , com conseqüente atraso no crescimento e no desenvolvimento neuropsicomotor da criança .

INCIDÊNCIA

Dentro das patologias de Glândulas Endócrinas na infância , o Hipotireoidismo é o mais frequente

CLASSIFICAÇÃO DO HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO

1. Ausência de Bócio

- a) Atireose
- b) Disgenesia Tireoidiana (Ectopia de Tireoide)
- c) Deficiência Crônica de Iodo (Cretinismo Endêmico)
- d) Ausência Congênita de Resposta funcional do tecido tireoidiano á captação do TSH (hormônio Tireotrófico)

2. Presença de Bócio

- a) Defeitos enzimáticos na síntese hormonal
- b) Inibição da Síntese hormonal tireoidiana fetal

QUADRO CLÍNICO

A criança hipotireoidiana é apática física e mentalmente .

A diminuição da circulação periférica conduz a alterações de pele traduzidas por pele fria , pálida e amarelada ; formando pregas e rugas nas articulações .

Uma das características mais marcantes do Hipotireoidismo é a diminuição do ritmo de crescimento , que se acentua com o passar da idade .

Configuração naso - orbital permanece achatada e larga , como no RN e a isto chama-se pseudo hipertelorismo .

Presença de implantação baixa de cabelo , de macroglossia e de choro ou voz rouca .

Pode ter mixedema , conferindo um aspecto grotesco à criança .

Pode aparecer icterícia neo natal prolongada , bem como dificuldade na deglutição .

São características do quadro de Hipotireoidismo a presença de problemas respiratórios , bradipneia . Presença de bradicardia .

A atividade intestinal está diminuída , surgindo daí a obstipação rebelde aos laxativos . Abdome distendido por hipotonia . É comum o aparecimento de hérnia umbilical .

EXAMES COMPLEMENTARES

- 1 . Determinação dos Hormônios Tireoidianos no plasma , seja indiretamente pela análise do PBI ou diretamente pela dosagem T_4 -I ou T_4 livre. É o dado mais importante p/ comprovar Hipotireoidismo.
2. A Captação de I^{131} geralmente é baixa , ressalva feita em bóciós / congênitos .
3. Determinação de anticorpos anti tireoglobulina para diagnóstico de possível Tireoidite Autoimune e atrofia autoimunitária da tireoide

TERAPEÛTICA

1. Iniciar o tratamento com doses pequenas de Tri iodo tiroxina (T_3) elevando a dose a cada 2-3 semanas .
2. Em fase de manutenção há possibilidade de dar dose única de "tireoide dissecada" - tireoglobulina ou $T_3 + T_4$ pela manhã .
3. Dose de manutenção deve ser periodicamente reavaliada .
4. Correção da anemia e de outras ocorrências clínicas .
5. Atualmente o melhor esquema é associar $T_3 + T_4$, administrando em uma só dose /dia .

PROGNÓSTICO

É favorável se o diagnóstico for feito precocemente e se o tratamento for feito corretamente .

CONCLUSÕES

1. O caso clínico estudado apresentou Quadro Clínico e Exames Complementares compatíveis com a bibliografia consultada, daí se concluiu que se trata de um caso clássico de Hipotireoidismo Congênito por Atireose. (1 , 2 , 3 , 4 , 5 .)
2. Quanto ao tratamento não é possível apresentar um resultado / total, visto a hormonioterapia substitutiva (T_3 e T_4) ter sido estabelecida há 15 dias, somente, e este período é / insuficiente para avaliar a eficácia do medicamento usado. Entretanto resultados parciais podem ser traduzidos através da diminuição da macroglossia e da distensão abdominal e ainda através da normalização do ritmo intestinal.
3. Sobre a evolução clínica conclui-se que a paciente está evoluindo favoravelmente, apresentando melhora com a medicação administrada.

DOCUMENTAÇÃO FOTOGRAFICA

**TCC
UFSC
PE
0030**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0030

Autor: Tobias, Leonice Te

Título: Caso clínico : hipotireoidismo



972815124

Ac. 253679

Ex.1 UFSC BSCCSM