CENBRAP
EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA



ENDOCRINOLOGIA

HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO: QUANDO TRATAR E QUANDO ACOMPANHAR

Guia clínico · Decisão, monitorização e segurança

Confirmar antes de rotular

Hipotireoidismo subclínico é uma definição bioquímica: TSH acima do limite do ensaio, com T4 livre dentro da referência. O resultado não prova causa, duração ou benefício do tratamento.

Procure condições transitórias

Doença aguda recente, recuperação de tireoidite, lítio, amiodarona, cirurgia ou radioiodo, alterações de iodo e suplementos com biotina podem modificar o eixo ou interferir no exame.

Complete o contexto

Dose anti-TPO uma vez quando ele ajudar a estimar progressão. Palpe a tireoide. Ultrassom não é rastreamento rotineiro sem bócio, nódulo ou outra suspeita estrutural.

O que pode imitar ou distorcer o quadro

Antes de atribuir fadiga, ganho de peso ou alteração do humor à tireoide, organize duas perguntas:

O exame pode estar distorcido?

Biotina, doença aguda recente, recuperação de tireoidite, amiodarona, lítio, mudanças de iodo e interferência analítica.

O sintoma pode ter outra causa?

Anemia, depressão, apneia do sono, menopausa, deficiência de ferro/B12, privação de sono e efeitos medicamentosos.

Sinais que aumentam a probabilidade de doença tireoidiana persistente

- anti-TPO positivo;
- TSH mais alto ou trajetória ascendente;
- bócio ou doença estrutural conhecida;
- história de cirurgia, radioiodo ou tratamento tireoidiano.

Erro a evitar: Usar ultrassom como triagem para todo TSH elevado. Sem bócio, nódulo ou achado estrutural, ele não substitui confirmação laboratorial e raciocínio clínico.

A primeira conduta de qualidade costuma ser confirmar e contextualizar – não prescrever por reflexo.

Tratar, testar ou acompanhar?

TRATAR – maior peso da indicação

TSH persistentemente ≥10 mUI/L, sobretudo em adultos mais jovens, após confirmação laboratorial e avaliação do contexto. Sintomas, anti-TPO, bócio e tendência ascendente ajudam a individualizar. [1][2][6]

TESTAR – benefício clínico precisa ser demonstrado

Em menores de 65 anos, com TSH abaixo de 10 mUI/L, alteração confirmada e sintomas plausíveis, pode-se discutir teste terapêutico limitado. Defina antes o objetivo e o prazo. Se o TSH normalizar sem melhora, considere retirada. [1]

ACOMPANHAR – conduta ativa, não omissão

Prefira observação diante de elevação leve, isolada, sintomas inespecíficos, idade avançada ou maior risco de overtreatment. Registre quando repetir e qual mudança antecipará a revisão.

O limiar orienta o peso da decisão; não substitui idade, risco, preferências e reavaliação.

Um fluxo simples para a consulta

01 **TSH elevado + T4 livre normal**
Confirmar contexto, repetir exames e revisar interferentes.

02 **A alteração persistiu?**
Se não, encerrar ou reavaliar conforme a causa transitória. Se sim, estratificar.

03 **TSH ≥10 mUI/L**
Considerar levotiroxina, principalmente em adultos mais jovens, com decisão individual em idosos.

04 **TSH abaixo de 10 mUI/L**
Em geral acompanhar. Teste terapêutico apenas quando o perfil e os sintomas justificarem.

05 **Definir reavaliação**
Se tratar: benefício clínico + TSH. Se acompanhar: data, métrica e gatilho de retorno.

Levotiroxina na prática

Iniciar com objetivo e proteção

Adulto sem cardiopatia

Início conservador frequentemente usado: 25–50 µg/dia, individualizado conforme idade, peso, TSH, absorção e contexto.

Idoso, frágil ou cardiopatia

Pode ser mais prudente iniciar 12,5–25 µg/dia e titular lentamente. Essas faixas não substituem prescrição individual. [1][2][6]

Administração e monitorização

- Tomar de forma consistente, preferencialmente em jejum.
- Separar de ferro, cálcio e outros interferentes de absorção.
- Reavaliar TSH após início ou ajuste, frequentemente em 6–8 semanas.
- Depois da estabilidade, controle anual costuma ser suficiente.

Overtreatment também é desfecho

Evite TSH suprimido. Excesso de reposição pode favorecer fibrilação atrial, perda óssea, ansiedade, tremor, insônia e perda ponderal — especialmente em idosos.

Dois pacientes, decisões diferentes

Paciente A – 48 anos

TSH 7,2 mUI/L persistente, T4L normal, anti-TPO positivo, sintomas plausíveis e impacto funcional. Após revisar anemia, sono e medicamentos, a paciente participa da decisão por teste terapêutico com objetivo clínico e prazo de 6 meses. Se não houver melhora apesar de TSH normal, a retirada será discutida.

Paciente B – 82 anos

TSH 7,2 mUI/L persistente, T4L normal, assintomático, sem bócio e com osteopenia. O valor deve ser interpretado no contexto da idade. A estratégia preferida é acompanhamento, evitando transformar uma elevação leve em risco de overtreatment.

O aprendizado da vinheta

O mesmo TSH não produz a mesma conduta. Idade, sintomas, risco de progressão, risco de excesso de dose e possibilidade de medir benefício mudam a decisão.

A consulta termina com um plano

Sem tratamento imediato

- Com características de doença tireoidiana: TSH e T4 livre anualmente.
- Sem essas características: a cada 2–3 anos.
- Antecipar se houver mudança clínica, tendência de elevação, nova medicação interferente ou planejamento de gestação. [1]

Discutir ou encaminhar quando houver

- TSH muito elevado ou ascendente;
- discrepância entre TSH e T4 livre ou suspeita de doença central;
- bócio, nódulo ou cardiopatia complexa;
- dificuldade persistente de estabilização, doses inesperadamente altas ou suspeita de má absorção/interferência.

> **Fora deste algoritmo**
> Gestação, tentativa de concepção, infância e suspeita de doença hipofisária exigem protocolo próprio.

Checklist final e referências

- ☐ Confirmar TSH e T4 livre fora de condição transitória.
- ☐ Revisar idade, tendência, anti-TPO, bócio e risco de overtreatment.
- ☐ Se tratar por sintomas, definir objetivo, prazo e possibilidade de retirada.
- ☐ Se acompanhar, registrar data e gatilhos de retorno.
- ☐ Evitar TSH suprimido.

Referências

1. NICE. Thyroid disease: assessment and management (NG145). 2025.

2. Pearce SHS et al. 2013 ETA Guideline. Eur Thyroid J. 2013.

3. Stott DJ et al. N Engl J Med. 2017;376:2534–2544.

4. Feller M et al. JAMA. 2018;320:1349–1359.

5. Zijlstra LE et al. Front Endocrinol. 2021;12:674841.

6. Sgarbi JA et al. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57:166–183.

Conheça a Pós-Graduação em Endocrinologia do CENBRAP.