

## HIPOSTIREOIDISMO NO IDOSO: UM ESTUDO DE CASO

Adrielly Ferreira Rodrigues<sup>1</sup>  
Rafaela Rodrigues Carvalho de Lima<sup>2</sup>  
Clarissa Maria Cardoso Guimarães<sup>3</sup>

### INTRODUÇÃO

O hipotireoidismo resulta de níveis subótimos de hormônio tireóideo. A deficiência da tireoide pode afetar todas as funções orgânicas e pode variar desde formas subclínicas leves até o mixedema, uma forma avançada. A causa mais comum de hipotireoidismo em adultos é a tireoide autoimune (doença de Hashimoto), em que o sistema imune ataca a glândula tireoide. (BRUNNER & SUDDARTH, 2014)

O hipotireoidismo refere-se à situação metabólica resultada da diminuição da produção e da redução dos níveis circulantes dos hormônios tireoidianos (HT). O iodo é o elemento essencial para a síntese dos HT, que são as únicas substâncias do nosso organismo que contêm iodo na sua configuração. O iodo inorgânico presente na circulação é levado para o interior do folículo tireoidiano, onde será organificado. Este transporte depende do TSH e de um carregador *sodium iodide symporter* (NIS), que está localizado na membrana da célula acinar tireoidiana. Em geral, um aumento do conteúdo de iodo orgânico no interior do folículo diminui o transporte do iodeto. Já no interior da célula, o iodeto liga-se à tirosina, que é um resíduo da tireoglobulina. A capacidade de utilização desses iodetos pela tireóide é limitada. Em condições normais, a taxa do *clearance* do iodeto pela tireóide é maior do que a taxa de organificação (incorporação do iodeto em aminoácidos). O aumento progressivo do iodeto no extracelular aumenta seu transporte para o interior da célula e sua organificação até atingir o seu máximo, quando então a organificação sofre uma súbita queda, o que é chamado efeito Wolff-Chaikoff. Esta inibição é de curta duração. Uma vez organificada, a tirosina vai dar lugar à formação das monoiodotirosinas (MIT) e diiodotirosinas (DIT) já incorporadas à tireoglobulina. Estes hormônios vão agora acoplar-se para dar lugar à formação dos dois principais HT: triiodotironina (T3) e tetraiodotironina (T4). (SETIAN,2007)

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIRN – Centro Universitário do Rio Grande do Norte, radiellyr@hotmail.com;;

<sup>2</sup> Graduada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, rafaelarodriguescl@gmail.com;

<sup>3</sup> Graduada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, clarissamguimaraes@hotmail.com;

A tireoglobulina libera os HT por ação de proteases dos lisossomos dentro da célula folicular. Estimulados pelo TSH, formam-se gotas de colóide na superfície apical da célula folicular por mecanismo de endocitose, quando então os lisossomos liberam enzimas proteolíticas que vão liberar os HT. A tireoglobulina só é encontrada na circulação em quantidades apreciáveis quando a célula tireoidiana estiver lesada. O excesso de iodeto inibe a liberação dos HT, causando o hipotireoidismo. (SETIAN,2007).

A população idosa brasileira está em crescimento rápido, o que leva a um aumento da demanda de pesquisas específicas a respeito da saúde desses indivíduos, uma vez que na senescência, incidem afecções com maior frequência do que na juventude.

Diante desse exposto, através das consequências que esta patologia pode causar, destacamos a importância de ser estudado o hipotireoidismo em idosos. Este estudo de caso tem por objetivo conhecer o paciente integralmente e identificar os principais sintomas apresentados por um idoso com hipotireoidismo.

## **METODOLOGIA (OU MATERIAIS E MÉTODOS)**

Trata-se de um estudo de caso. O estudo foi realizado em um Hospital de Ensino, no nordeste do Brasil, durante a prática clínica. Escolheu-se este local por ser centro de prática de ensino e receber uma demanda grande de idosos.

O estudo de caso foi realizado com um paciente hospitalizado na Clínica médica há mais de uma semana.

O indivíduo foi escolhido por apresentar idade maior de 60 anos e não estar com a cognição prejudicada.

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2017. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados para os idosos, com perguntas objetivas e subjetivas. O instrumento utilizado continha pergunta a respeito dos dados socioeconomicos e comorbidades e históricos de doenças.

## **DESENVOLVIMENTO**

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

<b>Identificação</b>		
<b>Nº do prontuário:</b> 1191865	<b>Enfermaria:</b> 716	<b>Leito:</b> 02
<b>Nome:</b> V.S.C.	<b>Sexo:</b> Feminino	<b>Data de Nascimento:</b> 16/04/1946
<b>Estado Civil:</b> Casada	<b>Ocupação:</b> Cozinheira Industrial	<b>Cor:</b> Negra
<b>Escolaridade:</b> 2º grau completo		
<b>Procedência:</b> Santa Rita	<b>Antecedentes pessoais:</b> Não teve experiências anteriores com doenças/internações.	
<b>Hipótese de Diagnóstico:</b> Nefropatia		

A paciente V.S.C. foi admitida na clínica médica do HULW no dia 07 de maio de 2017, procedente do município de Santa Rita, onde reside com esposo e uma filha de 5 anos, apresentando queda do estado geral, edema e dores nos rins, foi submetida a exames sanguíneos e internada para a realização de uma biópsia para saber se possui câncer nos rins. A paciente está em acompanhamento e investigação diagnóstica no ambulatório da nefrologia há 1 ano, desde Fevereiro houve piora de proteinúria e surgimento de hematúria, neste mesmo período relata que percebeu edema em todo corpo, dispneia e dor no dorso lombar. Portadora de hipotireoidismo. O resultado dos exames laboratoriais: • Sódio - 137 • Potássio - 3,62 • Cálcio - 9,3 • Fósforo - 4,20 • Em jejum - 140 • Ureia - 24 • Creatinina - 1,25 • TP / AP - 114/94,3 • TTPA / TT - 32,7 • Plaquetas - 370.000 • INR - 0,97 • Hemácia - 5,27 • Hemoglobina - 14,98 • Hematócrito - 46,5 • Leucócito - 7.600 • Linfócito TIP - 36 • Segmentados - 52 • Eosinófilos - 5 • Monócito - 7 • VCM - 88 • HCM - 28 • CHCM - 32,2 • RDW - 17,20 • VHS - 33 • PCR - 11,5 • Ácido Úrico - 5,30

Os resultados apresentados nos exames da paciente indicam hipotireoidismo e nefropatia.

No dia 15/04/2014 a V.S.C. encontrava-se em EG regular, consciente, orientada, comunicativa. Sono e repouso preservados, higiene oral e corporal preservadas, pele e mucosa íntegra, normocorada e hidratada. Dieta para diabetes, nefropatia e laxativa. Ao exame físico: Bulhas cardíacas normofonéticas, RCR em 2T; eupnéica, expansibilidade torácica bilateral, abdome globoso e doloroso a palpação, RHA presentes. Eliminação intestinal ausente há aproximadamente 2 dias e eliminações vesicais presentes (SIC). Paciente queixando-se dores musculares por todo o corpo.

SSVV: PA= 130x80 mmHg, FC= 90 bpm, P= 91 bpm, FR= 14 irpm, T= 36,4° C.

Segundo prescrição, a senhora V.S.C. encontrava-se fazendo uso de Ciprofloxacina - 500mg, VO de 12/12hrs; Losartana – 50mg, VO de 12/12hrs; Anlodipina - 10mg, VO de 12/12hrs; Hidroclorotiazida – 25mg, VO pela manhã; Insulina LANTUS 60 UI SC, antes do café; HGT, AC, AA, AJ e às 22hrs; Insulina Regular; Levotiraxona 25mg; Omeprazol 40mg, VO pela manhã; Glicose 50%; Tramal 50mg; Dipirona.

No dia 16/04/2014 a V.S.C. encontrava-se em EG regular, consciente, orientada, comunicativa. Sono e repouso preservados, higiene oral e corporal preservadas, pele e mucosa íntegra, normocorada e hidratada. Dieta para diabetes, nefropatia e laxativa. Ao exame físico: Bulhas cardíacas normofonéticas, RCR em 2T; eupnéica, expansibilidade torácica bilateral, abdome globoso e doloroso a palpação no quadrante superior direito, RHA presentes. Eliminação intestinal ausente há aproximadamente 3 dias e eliminações vesicais presentes (SIC). Paciente queixando-se dores musculares por todo o corpo.

SSVV: PA=110x80 mmHg, FC= 95 bpm, P=91 bpm, FR= 16 irpm, T= 36,5°C

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sinais e sintomas da doença:	Sinais e sintomas apresentados pela paciente:
<b>Pele e fâneros:</b> Pele espessada e Aparência inchada; edema na língua; espessamento das membranas mucosas da faringe e laringe.	Pele com aparência inchada
<b>Sistema Cardiovascular:</b> ↓ FC e ↓ contratilidade; ↓ DC em repouso ↓	↑ Resistência vascular sistêmica (HÁ

tolerância ao exercício; ↑ Resistência vascular sistêmica (HÁ diastólica).	diastólica)
<b>Sistema Musculoesquelético:</b> mialgias, câibras, miopatia.	Mialgias
<b>Sistema Respiratório:</b> Derrame pleural, frequente, raramente causa dispneia; Envolvimento mixedematoso dos mm respiratórios, hipóxia nos casos graves; Macroglossia – apnéia do sono.	
<b>Sistema Gastrointestinal:</b> ↓ da motilidade intestinal (queixa frequente de constipação, pode ocorrer impactação fecal); distensão gasosa; ↓ da taxa metabólica - ↓ do apetite – ganho de peso modesto por retenção hídrica;	↓ da motilidade intestinal; Constipação
<b>Sistema Renal:</b> ↓ do fluxo sanguíneo renal e TFG; ↓ do débito urinário com acúmulo de água livre corporal.	↓ do débito urinário com acúmulo de água livre corporal.
<b>Sistema Nervoso:</b> raciocínio lento; déficit de concentração; fala lenta e arrastada; perda de memória recente; letargia; apatia; demência; reflexos tendinosos lentificados: atraso na condução nervosa; síndrome do túnel do carpo: mixedema do nervo mediano.	Letargia
<b>Sistema reprodutor:</b> Ciclos anovulatórios; sangramentos menstruais volumosos e irregulares; ↓ do libido e fertilidade; ↑ do aborto espontâneo.	
<b>Sistema endócrino:</b> ↓ da taxa metabólica basal; intolerância ao frio; ↓ discreta da temperatura corporal; ↓ do metabolismo	↓ da taxa metabólica basal; ↓ do metabolismo das gorduras.

das gorduras.	
---------------	--

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de caso clínico, tem como objetivo conhecer o paciente integralmente, e estudar as patologias encontradas neste, para assim ser iniciado um plano de cuidados. Além do mais, esse tipo de estudo permite que possamos descrever de forma abrangente a patologia apresentada pelo paciente do estudo.

Deste modo, o presente estudo de caso clínico teve uma grande importância para nosso crescimento teórico-prático, além de nos proporcionar experiências e vivências que serão úteis para nossa vida profissional, estimulando nossa capacidade de interagir com o paciente, realizar exames físicos, resolver problemas e ainda traçar planos de cuidados que ajudem no seu tratamento e possível recuperação

**Palavras-chave:** Hipotireoidismo, Idoso, Hospitalização.

## REFERÊNCIAS

1. BALARINI, Giovanna. Fisiopatologia Endócrina. UFF, 2011. Acessado em: [http://www.uff.br/cursodesemiologia/images/stories/Uploads/aulas/Fisiologia\\_endocri na.pdf](http://www.uff.br/cursodesemiologia/images/stories/Uploads/aulas/Fisiologia_endocri na.pdf)
2. BARBOSA, E.P. et al. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Dificuldades de implantação na visão do Enfermeiro. **Perspectiva, Erechim**. v.36, n.133, p.41-51, março/2012
3. BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**.RJ. Guanabara Koogan, 2014.
4. SETIAN, Nuvarte. Hipotireoidismo na criança: diagnóstico e tratamento. **Jornal da Pediatria** [online]. 2007, vol.83, n.5.
5. SGARBI, Jose A. et al. Consenso brasileiro para a abordagem clínica e tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia** [online]. 2013, vol.57, n.3