

Hemiagenesia da Tireóide *

DÉCIO LAKS EIZIRIK **
JOSÉ AUGUSTO SISSON DE CASTRO ***
ARHON HUTZ ****
JORGE LUIZ GROSS *****

UNITERMOS

Nódulos de tireóide, Hemiagenesia

SINOPSE

Os autores analisam dois casos de hemiagenesia de tireóide que se apresentaram clinicamente como portadores de nódulos de tireóide e nos quais o estado funcional da glândula foi normal. Além do teste de estímulo com TSH, foi feita a avaliação da reserva funcional da tireóide através do TRH em um dos pacientes. Com base no que observaram sugerem que a entidade descrita deva ser considerada no diagnóstico diferencial dos nódulos da tireóide, recomendando o emprego de hormônios tireoidianos em doses supressivas como medida eficiente para evitar a possível degeneração neoplásica da glândula.

A hemiagenesia da tireóide é uma malformação congênita que se caracteriza pela ausência de desenvolvimento de um dos lobos da glândula, geralmente o esquerdo (3,4). O lobo remanescente apresenta uma hipertrofia vicariante, o que pode simular alguma alteração morfológica da tireóide. Embora seja uma situação pouco freqüente, a sua existência deve ser considerada no diagnóstico diferencial das doenças da tireóide, em especial no de nódulos tireoidianos, evitando diagnóstico errôneos e cirurgias desnecessárias.

Com o objetivo de chamar a atenção para o problema, foram estudados dois pacientes portadores de hemiagenesia da tireóide e foi revisada a literatura relativa ao assunto.

RELATO DOS CASOS

CASO 1

W.S., masculino, 53 anos de idade, veio à consulta para avaliação de um nódulo de tireóide descoberto de forma ocasional. De sua história clínica, nenhuma informação mereceu registro especial. O lobo direito da tireóide era palpável, com superfície regular, sem nódulo definido, de consistência normal, tamanho discretamente aumentado, ou seja, pouco maior do que a falange distal do polegar do paciente. Os exames laboratoriais mostraram anticorpos antitireoglobulina e antimicrosossomiais negativos, tireoxina sérica (T) 7,7 ug/dl; índice de tireoxina livre 0,49; triiodotironina sérica 115 ng/dl e hormônio estimulante da tireóide (TSH) 4,8 uUI/ml. A captação de iodo ¹³¹ pela tireóide foi 18,5% em 24 horas e a cintilografia da tireóide mostrou distribuição do rádio-traçador apenas no lobo direito e istmo. Após o estímulo com TSH exógeno (Ambinon) 10 unidades, intramuscular por dia por três dias consecutivos, observou-se um aumento da captação de I ¹³¹ para 46% e o padrão cintilográfico permaneceu o mesmo, sem evidenciar tecido iodo captante no lobo esquerdo da glândula (Fig. 1 e 2).

*Trabalho realizado no Serviço de Endocrinologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

**Aluno do Curso de Pós-graduação em Clínica Médica, Mestrado, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP. Ex-Médico Residente do Serviço de Endocrinologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS.

***Professor Colaborador do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Médico do Serviço de Endocrinologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS.

****Professor Assistente do Departamento de Medicina Interna. Médico Assistente do Serviço de Endocrinologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.

*****Professor Adjunto do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Coordenador do Grupo de Medicina Interna e Especialidades Médicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Endereço para separatas: Jorge Luiz Gross, Rua Ramiro Barcelos, 2350, Hospital de Clínicas de Porto Alegre - 90.000 - Porto Alegre, RS.

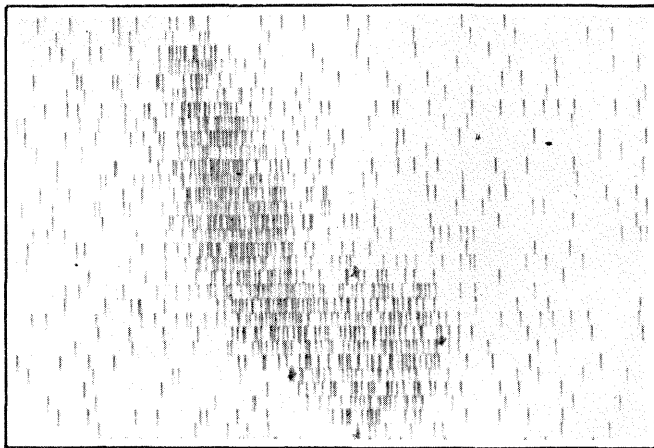


Fig. 1 - Cintilografia da tireóide em condições basais. (Caso 1).

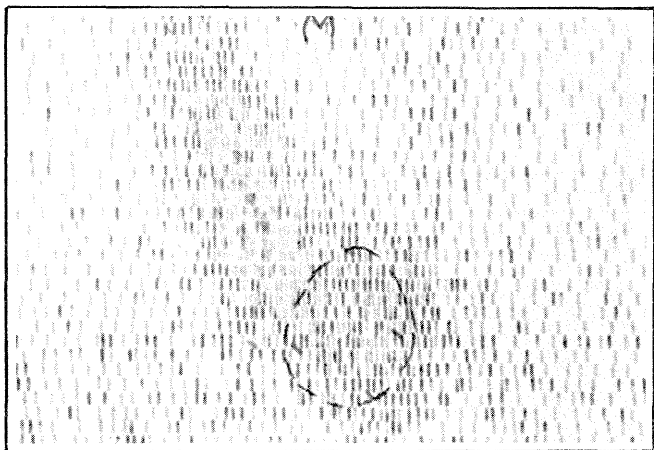


Fig. 2 - Cintilografia da tireóide após estímulo com TSH. (Caso 1).

CASO 2

M.C., feminina, 39 anos de idade, foi encaminhada para avaliação de nódulo de tireóide descoberto durante um exame clínico de rotina. O lobo direito da glândula era palpável, de consistência normal, e de dimensões um pouco acima das normais. O lobo esquerdo não era palpável e, além de obesidade moderada, nada mais foi encontrado de anormal no exame físico. Os exames laboratoriais mostraram anticorpos antitireoglobulina e antimicrosossomiais negativos; T_4 6,2 ug/dl; T_4 normalizado 0,92; TSH plasmático 6,8 uUI/ml. A cintilografia da tireóide mostrou que toda a atividade iodo captante da glândula localizava-se no lobo direito. O estímulo com TSH exógeno aumentou a captação de I^{131} mas não se observou modificação do padrão cintilográfico. A reserva funcional da glândula foi avaliada através da medida dos valores do TSH plasmático após a administração endovenosa de 200 ug de hormônio liberador da tireotrofina (TRH).

A resposta foi considerada normal, visto que os níveis de TSH plasmáticos atingiram valores de 16,0 e 11,0 uUI/ml, respectivamente, 20 e 60 minutos após a administração do TRH.

COMENTÁRIOS

A hemiagenesia da tireóide é uma entidade clínica pouco freqüente, tendo sido descritos na literatura apenas 28 casos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), sendo que em dois relatos (1,7) é feita alusão a outros sete casos. A ocorrência da hemiagenesia é mais freqüente em mulheres, tendo sido observado que, nos 28 casos relatados, 24 eram do sexo feminino. O lobo esquerdo encontrava-se ausente em 23 dos 28 pacientes descritos. Na maioria das vezes a possibilidade de hemiagenesia tireoidiana é cogitada quando, à palpação do lobo remanescente, vicariante, considera-se a possibilidade de nódulo tireoidiano e a cintilografia revela a ausência do lobo contralateral. Nestes casos sempre se impõe o diagnóstico diferencial com nódulo autônomo de tireóide (2, 5, 7). A diferença é estabelecida com facilidade através do teste de estímulo com TSH, o qual evidenciará a presença da porção suprimida da glândula quando se tratar de nódulo autônomo.

Na hemiagenesia da tireóide, obviamente, o teste não revelará a presença de tecido iodo captante, além daquele anteriormente presente ao exame cintilográfico em condições basais (6). A hemiagenesia da tireóide também deve ser diferenciada de tireoidite de Hashimoto com degeneração inflamatória de um dos lobos, tireoidite subaguda focal e carcinoma primário ou metastático de tireóide (2). Na tireoidite de Hashimoto, na maioria das vezes, os anticorpos antitireoglobulina e antimicrosossomiais são positivos, além de ser bastante improvável a degeneração completa de apenas um lobo com preservação do outro. Na tireoidite subaguda e no carcinoma, a porção de tireóide não visível ao exame cintilográfico é facilmente palpável, afastando-se assim a possibilidade de hemiagenesia.

Funcionalmente os pacientes portadores de hemiagenesia tireoidiana podem se apresentar com hipertireoidismo (15 dos 28 casos), em geral, ocasionado por adenoma hiperfuncionante (8 casos confirmados histologicamente) (6). Também foram descritos pacientes com hipotireoidismo (2 dos 28 casos). Nos pacientes relatados no presente trabalho, a função tireoidiana foi considerada normal com base nas determinações dos hormônios tireoidianos circulantes, do TSH sérico e do teste de estímulo com TSH exógeno, sendo que em um dos casos (caso 2) foi ainda realizado o teste de reserva funcional da glândula tireoidiana através do teste do TRH.

Além dos distúrbios funcionais da glândula, os pacientes com hemiagenesia da tireóide freqüentemente apresentam alterações morfológicas como bócio (2,5) e neoplasia (4,5). No entanto, não foram observadas alterações morfológicas na tireóide dos pacientes relatados no presente estudo.

A freqüente associação de doenças tireoidianas com hemiagenesia, observada nos casos descritos na literatura, pode ser questionada, pois, sendo a hemiagenesia uma entidade assintomática, somente seriam notados os casos nos quais houvesse concomitantemente outra doença tireoidiana sintomática. No entanto, é importante ressaltar a ocorrência de neoplasia em

dois pacientes relatada na literatura (4,5). Caberia, então, esclarecer se o estímulo crônico do TSH na glândula congenitamente deficiente poderia propiciar o desenvolvimento de uma neoplasia.

Deve ser levado em conta que tem sido observado um aumento da prevalência de neoplasias malignas da tireóide em zonas de bócio endêmico, onde presumivelmente ocorre uma estimulação crônica da glân-

dula pelo TSH (9).

Assim sendo, em pacientes com hemiagenesia de tireóide sem alterações morfológicas sugestivas de carcinoma de tireóide e sem hipertireoidismo, seria prudente empregar hormônios tireoidianos em doses supressivas, com o objetivo de evitar que a estimulação contínua de TSH venha favorecer o desenvolvimento de degeneração neoplásica da tireóide.

SUMMARY

Two cases of thyroid hemiagenesis are described. They present as euthyroid nodules on routine clinical examination. Besides TSH stimulation test, TRH test was performed in one of them. The authors suggest

that hemiagenesis of the thyroid should be considered in the differential diagnosis of thyroid nodules and that suppression with thyroid hormone should be employed to avoid possible neoplastic degeneration of the gland.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BLANDINO, G. & PRINCI, P. Sulla emiagenesia della tireoide. *Minerva Medica*, 67(21):1368-70, apr., 1976.
- 2 BURMAN, K.D. et alii. Hemiagenesis of the thyroide gland. *The American Jorunal of Medicine*, 58(1):143-6, jan., 1975.
- 3 GOLINGER, R.C. Thyroid hemiagenesis with goiter. *Journal of the American Medical Association*, 224(1):128, apr., 1973.
- 4 HAMBURGER, J.J. & HAMBURGER, S.W. Thyroid hemiagenesis. *Archives of Surgery*, 100(3):319-20, mar., 1970.
- 5 HARADA, T. et alii. Aplasia of one thyroid lobe. *The American Journal of Surgery*, 124(5):617-9, nov., 1972.
- 6 MORTIMER, P.S. et alii. Hemiaplasia of the thyroid with thyrotoxicosis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 52(1):152-5, jan., 1981.
- 7 RUSSOTO, J.A. & BOYAR, R.M. Thyroid hemiagenesis. *Journal of Nuclear Medicine*, 12(4):186-7, apr., 1971.
- 8 TASHIMA, C.K. et alli. Agenesis of thyroid. *Journal of the American Medical Association*, 224(13):1761-2, jun., 1973.
- 9 WAHNER, H.W. et alii. Thyroid carcinoma in an endemic goiter area, Cali, Colombia. *American Journal of Medicine*, 40(1):58-66, jan., 1966.