

Relato de caso - Bócio eutireoideo na adolescência (Bócio Puberal)

Introdução

Bócio é um aumento da glândula tiroide, que pode ocorrer até 4-5x o tamanho normal. O bócio eutireoideo seria aquele que ocorre sem hipo ou hipertireoidismo; não ocorre nem por inflamação ou por neoplasia e não ser de uma região endêmica. É uma das manifestações mais comuns de doença tireoidiana na adolescência. É dito puberal, quando o bócio simples ocorre dos 8-18 anos de idade.

O bócio pode ser classificado como difuso uninodular ou multinodular; tóxico ou atóxico (simples, sem hiperfunção da glândula) esses últimos tem uma incidência de 4% a 7% da população geral. Classificado (OMS) como grau 0 sem bócio; grau IA palpável, mas não visível nem com extensão do pescoço; grau IB palpável e visível com o pescoço estendido; grau II palpável e visível com o pescoço normal e grau III bócio volumoso e visto a distância com o pescoço em posição normal.

Pode ocorrer bócio difuso atóxico, fisiologicamente, durante a gestação ou na puberdade, quando há uma grande alteração hormonal em todo o organismo¹. Alterações autoimunes da tiroide (como Tireoidite de Hashimoto e Doença de Graves) também surgem com frequência na adolescência.

Essa condição predomina em mulheres (7-9:1), e com pico de incidência antes ou durante a puberdade. O exame histológico ou está normal ou tamanho folicular variado, colóide denso e epitélio achatado.

Pode ter tamanho variável, de consistência firme, ocasionalmente assimétrico ou nodular. Os níveis de TSH estão normais ou baixos, cintilografia normais e anticorpos ausentes. O uso de hormônio tireoideano pode servir para evitar progredir para bócio multinodular grande, embora muitas vezes ocorra regressão sem uso de medicação. Os pacientes devem ser reavaliados clinicamente e laboratorialmente periodicamente.²

A fisiopatologia do bócio seria a hipertrofia, inflamação ou infiltração das células da glândula. A hipertrofia seria por estimulação do TSH por fatores de crescimento e imunogênicos, a inflamação no caso das tireoidites e nos casos de tumores e nódulos por infiltração sistêmica ou metabólica.

Ou ainda a disormonogênese. Em sua maioria, decorrem de defeito na síntese ou iodação da tireoglobulina, por alteração da peroxidase tireoidiana.

O bócio simples é geralmente assintomático, homogêneo, simétrico, consistência macia e superfície lisa. Raramente há sintomas locais e, excepcionalmente são duros e assimétricos, ou apresentam cistos ou hemorragia cística.

O presente estudo tem o objetivo de relatar um caso de uma adolescente com um bócio simples, patologia de elevada prevalência na adolescência. Apesar de não ter implicações clínicas no momento, traz uma interferência na imagem corporal, com influência na sua autoestima e a vivência dessa afecção numa adolescência normal.

Descrição do caso:BMJS, sexo feminino, 13 anos, encaminhada ao Ambulatório de Medicina do Adolescente da Santa Casa de São Paulo por aumento do volume cervical há um ano, dispepsia e acne grau III.

Adolescente refere que aumento da região cervical anterior é progressivo e indolor, sem nodulações, com sintomas de disfagia inespecíficos. Apresentava sonolência diurna e cabelo quebradiços, como dados positivos. Ao exame: tireoide palpável e o bócio visível sem extensão do pescoço, à palpação apresentava-se homogênea, fibroelástica, indolor, e possível identificação de istmo e lobos além dos limites da cartilagem.

Restante das queixas tratadas como rotineiramente da consulta hebiátrica. A dispepsia foi identificada em relação a uma ingestão incorreta na qualidade e quantidade da dieta, com longos períodos de jejum, sendo feita a orientação alimentar adequada. E a acne grau III foi prescrito tratamento.

Optado então por dosar os hormônios tireoideanos e anticorpos e um USG cervical de tireoide. Apresenta de dados aos exames complementares em Abril/2013 TSH 4,73 (VR 0,4-4,0), T4 livre 1,0 (VR 0,9-1,8) e anticorpos anti-TPO e anti-tireoglobulina negativos. Ao ultrassom cervical de tireoide Maio/2013 evidenciou tireoide de forma preservada, contornos regulares, ecotextura homogênea e dois cistos colóides de até 0,5cm; com volume de 4,4 cm³.

Na evolução, durante três consultas até o presente momento, os hormônios tireoideanos permanecem sem grandes alterações Jul/2013 TSH 3,82 T4 livre 1,1 Ac anti-TPO <10 e anti-tireoglobulina < 20. E o ultrassom, Jul/2013 permaneceu inalterado sendo identificados dois cistos menores que 0,5 cm (aspectos de cistos colóides) com restante sem alteração. E na última consulta com o tamanho aparentemente reduzido, porém continua sendo observado a distância com o pescoço em posição normal.

Como paciente sem alterações importantes da função tireoidiana e sem sintomas específicos, optou-se por acompanhamento clínico e laboratorial (4 meses) com ênfase na benignidade do quadro por ora. Com ênfase no acolhimento, com promoção e prevenção de saúde, no seguimento hebiátrico, com um trabalho inicial de busca de fortalecer a autoestima, a autonomia, e o vínculo do tratamento da acne e do erro alimentar.

Discussão e comentários:

Adolescência é um período de crescimento e desenvolvimento de forma rápida num determinado período de tempo, onde reiniciam liberações hormonais cíclicas, propiciando a aparição do bócio simples, típico nessa fase da vida. Uma afecção que na maioria das vezes não acarreta em complicações clínicas, mas que necessita seguimento clínico e laboratorial, e o trabalho hebiátrico no fortalecimento da autonomia, autocuidado e autoestima.

Apesar do bócio ser visto à distância com o pescoço em posição normal o que incomodava a paciente na sua aparência mais era a acne e seu cabelo. Na evolução com o tratamento da acne, houve melhora importante sendo classificada como grau II na

última consulta e modificado o tratamento. E paciente procurando trabalho, tentando melhorar a convivência em casa, fortalecendo sua autonomia e auto cuidado.

Sabendo também que por vezes a diferenciação da tireoidite linfocítica pode não ser possível sem uma biopsia, embora esta não seja normalmente indicada. A terapia com hormônio tiroideano poderia ajudar a evitar a progressão para um bócio multinodular grande. Porém, num primeiro momento foi optado apenas por observar e acompanhar clinicamente e laboratorialmente.

Sendo então trabalhado o acolhimento da paciente, a informação da benignidade do caso, a necessidade de um acompanhamento clínico e até eventualmente laboratorial e de imagem. E realizando a promoção e prevenção de saúde, com os cuidados importantes para a fase, como a autonomia, a vulnerabilidade, os fatores de proteção e de risco, numa adolescência normal.

Bibliografia:

- 1- Arap SS, Montenegro et al. Bócio Atóxico: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes, Agosto 2005.
- 2- Nelson et al. Tratado de Pediatria. 18 ed. Elsevier, 2009. Página 2338.
- 3- Harrison et al. Tratado de Medicina Interna. 16ª ed. McGraw Hill, 2006. Volume II. Página 2209.
- 4- Bócio eutiroideo, EcuMed. Consenso de pediatria en el hospital Roberto Escudero. Localidad de Guatemala.
http://www.ecured.cu/index.php/Bocio_eutiroideo