

## Doença de Graves em paciente com hipotireoidismo prévio

Recebido –  
01/10/2018,  
Aceito -  
22/10/2018

Joelly Taynara Lapinski Levermann<sup>1</sup>, Larissa dos Santos Gomes<sup>1</sup>, Ana Carolina Wanderley Xavier<sup>3</sup>, Ana Carolina Carli de Freitas<sup>3</sup>, Flávia Cristina Carvalho Tortul<sup>4</sup>, Clarissa Silva Martins<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médica residente de Clínica Médica - Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP). [jolevermann@hotmail.com](mailto:jolevermann@hotmail.com)

<sup>3</sup>Mestrado em Endocrinologia, docente da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e preceptora do serviço de Endocrinologia e Metabologia Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP)

<sup>4</sup>Médica especialista em Endocrinologia e preceptora do serviço de Endocrinologia e Metabologia Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP)

<sup>5</sup>Doutorado em Endocrinologia, docente da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e preceptora do serviço de Endocrinologia e Metabologia Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP)

**Introdução:** A Doença de Graves é uma doença auto-imune, caracterizada por hipertireoidismo, bócio, oftalmopatia, dermatopatia proliferativa ou mixedema pré-tibial; elevadas concentrações séricas de anticorpo anti-receptor de TSH (TRAb). A progressão do hipertireoidismo de Graves para tireoidite auto-imune crônica e hipotireoidismo é frequente, mas a ocorrência de hipotireoidismo com posterior hipertireoidismo é rara. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 66 anos, há 3 anos com quadro de fadiga e astenia, tendo sido diagnosticada com hipotireoidismo: TSH 50uUI/ml (VR 0,46–4,7), T4L 0,41ng/dl (0,54-1,24), e iniciada reposição com Levotiroxina 75mcg. Após 1 ano de uso, TSH 1,12uUI/ml, T4L 1,13ng/dl, TRAb 1,88U/l (VR<1,75), anti-TPO>1000 U/ml. Após 3 anos em uso da medicação, evoluiu com palpitações, tremores, dispnéia aos mínimos esforços, fraqueza muscular e vertigem. Ao exame físico, assimetria ocular com retração palpebral à direita, e TSH:0,01uUI/ml, T4L:5,19 ng/dl. Suspensa Levotiroxina e iniciado betabloqueador. Solicitados autoanticorpos: Anti-TPO 429 U/ml, TRAb 19,99 U/l, Tireoglobulina (Tg) 101,2 ng/ml (VR 1,4-78ng/ml). Ao US de tireóide, glândula com aumento de volume, nódulos hiperecóticos, parcialmente definidos, maior medindo 1,3x0,8 cm em terço inferior direito, aumento difuso da vascularização. Devido Tg elevada, o diagnóstico de tireotoxicose iatrogênica/factícia tornou-se pouco provável, e com TRAb positivo e vascularização glandular aumentada, tornou-se mais provável o diagnóstico de Doença de Graves. Iniciado Tapazol, e, com 2 meses de uso, paciente retorna em ambulatório de Endocrinologia quase assintomática. **Discussão:** Na patogênese da Doença de Graves, a autoimunidade e perda da auto-tolerância imunológica são fatores essenciais, e um possível estímulo é a lesão glandular prévia com exposição de auto-antígenos. É possível que a paciente tenha apresentado tireoidite de Hashimoto previamente à Doença de Graves. Inicialmente consideradas como doenças distintas, elas poderiam representar desfechos diferentes de um mesmo processo fisiopatológico. Adicionalmente, os anticorpos anti-receptor de TSH com ação bloqueadora no receptor, e a alternância entre anticorpos ativadores e bloqueadores pode levar à alternância de quadros de hipo e hipertireoidismo.

Palavras-chave: Tireoide; Doença de graves; Hipotireoismo.