



# 12º COBRAPEM

Congresso Brasileiro Pediátrico  
de Endocrinologia e Metabologia

31 de maio a 03 de junho de 2017

Rio de Janeiro . RJ

## Trabalhos Científicos

**Título:** Apresentações Não Usuais De Hipotireoidismo Autoimune Na Infância

**Autores:** MARINA LATERÇA MONTEIRO ALGEMIRO; TALITA SORIANO CRUZ HOVLAND; LUCIELE CRISTOFARI DA SILVA; LAÍS VANDESTEEN PEREIRA; MICHELINE ABREU RAYOL DE SOUZA; IZABEL CALLAND RICARTE BESERRA

**Resumo:** Introdução: Tireoidite autoimune é a causa mais comum de hipotireoidismo adquirido e bócio. Déficit de crescimento é um sinal importante em crianças e adolescentes com hipotireoidismo autoimune (HA). Já as manifestações sistêmicas são variáveis e incomuns. Descrição dos casos: Caso1: Feminina, queixa de menarca aos 7,2 anos. Ao exame: obesa, hipoativa, fácies infiltrada, edema palpebral. Tireoide normal. Zscore estatural: -0,5; IMC:34,7Kg/m<sup>2</sup>. Tanner M1P1. Investigação mostrou: TSH>100.000mUI/mL; T4L:0,4ng/dL; antiTPO e antitireoglobulina(+). USG pélvica: útero com dimensões aumentadas para idade, relação corpo/colo>1. Idade óssea (IO): 5 anos. Diagnóstico: puberdade precoce secundária a HA. Caso2: Feminina, aos 8 anos apresentou convulsão tônico-clônica generalizada. Realizou TC de crânio que mostrou formação arredondada captante de contraste em topografia selar e suprasselar. Realizou então dosagem hormonal que evidenciou TSH>100.000mUI/mL, T4L:0,093ng/dL, antiTPO(+). Ao exame apresentava facies mixedematosa, bócio. Zscore estatural:-2,7; IMC:28,0kg/m<sup>2</sup>. IO: 3 anos. RM de sela realizada após 2 meses de tratamento: normal. Diagnóstico: HA e encefalopatia de Hashimoto. Caso3: Feminina, 7,6 anos, queixa de parada do crescimento, sobrepeso, piora do rendimento escolar e surgimento de massa cervical há 1 ano. Realizou US cervical que sugeriu presença de lipoblastoma e visualizou tireoide aumentada com aspecto heterogêneo. Encaminhada então para avaliação. Ao exame: hipoativa, fácies grosseira, xerodermia, cabelos ralos; bócio; hipertrofia muscular generalizada, especialmente do músculo trapézio. Zscore estatural:-3,0; IMC:19,86Kg/m<sup>2</sup>. Laboratório: TSH: 100mUI/mL, T4L:0,07ng/dL, antiTPO(+). IO: 5,7 anos. Diagnóstico: síndrome de Kocher-Debré-Semelaigne. Comentários: As manifestações sistêmicas regrediram com adequada reposição de levotiroxina nos três casos. Apresentações clínicas incomuns de HA dificultam o diagnóstico e atrasam início do tratamento, especialmente em crianças e adolescentes.