# Trabalhos Científicos

**Título:** Resistência Ao Hormônio Tireoidiano Associado A Neoplasia De Tireoide Na Infância: Relato De Caso.

**Autores:** MÁRCIA PUNÃLES (HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO-GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), WILLIAM BARCELOS (HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO-GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), HENRIQUE PINHO (HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO-GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), LUCIELE CRISTOFARI (HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO-GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), MARINA BRESSIANI (HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO-GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), MICHELE HERTZ (HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO-GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), IRACEMA CUNHA RIBEIRO GONÇALVES (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO-GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO), LUCAS MARCHESAN (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO-GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO)

**Resumo:** A resistência dos hormônios tireoidiana (ROT) é caracterizada por elevação dos hormônios tireoidianos (HT) sem supressão de TSH. Na literatura, existem poucos relatos de ROT e coexistência de câncer de tireoide, principalmente na faixa etária pediátrica.descrever o caso de uma criança com a associação de ROT e neoplasia de tireoide. Relato do caso: Paciente masculino, idade atual de 10 anos e 11 meses, desde os 5 anos de vida, realizava tratamento irregular com Metimazol para hipertireoidismo (Doença de Graves). No início do quadro, a função tireoidiana apresentava TSH: 3,74uUI/ml (VR: 0,7-6,0), T4 livre: 3,94ng/dl (VR: 0,93-1,7), T3: 363,4ng/dl(VR:80-200), anti -TPO e anti-Tireoglobulina negativos e não havia registro de coleta de anticorpo anti-receptor de TSH (TRab). A primeira cintilografia realizada evidenciou captação focal à direita, sugerindo nódulo hipercaptante, porém sem supressão da captação no restante da glândula. Aos 9 anos o paciente foi reavaliado, com queixa de hiperatividade e dificuldade de concentração e ao exame físico apresentava nódulo palpável (aproximadamente duas polpas digitais) e visível no lobo direito da tireoide (LD), a frequência cardíaca era normal (91 bpm/min) e sem outros sinais e sintomas sugestivos de hipertiroidismo, apesar de estar sem tratamento medicamentoso há pelo menos dois anos. Os exames laboratoriais nesse período, demonstraram: TSH: 1,76uUI/ml (VR: 0,6-5,4), T3: 320,7 ng/dl (VR:80-200), T4 livre: 3,46ng/dl (VR: 0,93-1,7), TRab negativo. Foi realizada uma ultrassonografia de tireoide que evidenciou nódulo sólido isoecogênico, medindo 1,3 x 1,1 x 1,0cm, sem microcalcificações, com fluxo central e periférico ao Doppler, localizado no LD (TIRADS – TR3). Sua mãe e seu irmão de quatro anos também apresentavam os mesmos achados laboratoriais, sugestivos ROT. A nova cintilografia de tireoide revelou uma hipercaptação focal, indicando nódulo tóxico em LD e o paciente foi encaminhado à lobectomia. O exame anátomo patológico detectou a presença de carcinoma papilar clássico (1,4cm de diâmetro) e de baixo risco ao estadiamento (TNM: pT1b, pN0), sendo posteriormente submetido à tireoidectomia total. O exame anatomopatológico apresentou nova lesão de microcarcinoma papilar da tiroide, variante eosinofilia, medindo 9,0mm e bócio coloide. Após o procedimento, está em tratamento com levotiroxina em doses elevadas, na tentativa de manter TSH dentro de valores adequados.O caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial dos casos de hipertiroidismo, evitando uso desnecessário de drogas anti-tireoidanas. O manejo desta rara associação de ROT e câncer de tireoide é desafiadora na prática clínica, principalmente na faixa etária pediátrica.