

TSH

Material de Coleta

Soro - 1mL

Preparo do paciente

Jejum 4 horas. Anotar os medicamentos tomados nos últimos 30 dias, especialmente hormônios tireoidianos e amiodarona. Caso esteja utilizando hormônio tireoidiano (Euthyrox®, Puran T4®, Levoid® ou Synthroid®), opaciente precisa fazer a coleta antes da próxima dose ou, no mínimo, quatro horas após a ingestão do medicamento.

Descrição do Exame

TSH Homônio Tireoestimulante

Método

Quimioluminescência

Consevação

Refrigerado entre 2 a 8°C:7 dias. Congelado a -20°C: 30 dias.

Interferentes

Hemólise e/ou lipemia intensa.

Valor de Referência

Cordão umbilical :até 20,0 µIU/mL 1 a 7 dias : 0,30 a 13,3µIU/mL 2 a 4 dias : 0,60 a 10,0µIU/mL 5 semanas a 20 anos : 0,25 a 6,5µIU/mL Adultos: 21 a 54 anos: 0,3 a 5,0µIU/mL

Interpretação

A quantificação dos níveis circulantes do TSH é importante na avaliação da função da tireóide. Ela é especialmente útil no diagnóstico diferencial entre o hipotireoidismo primário (tireóide), secundário (pituitária) e terciário (hipotálamo). No hipotireoidismo primário, os níveis do TSH são significativamente elevados, enquanto que no hipotireoidismo secundário e terciário, os níveis do TSH são baixos. A estimulação com o TRH diferencia o hipotireoidismo secundário do terciário pela observação das alterações dos níveis do TSH do paciente. Uma característica comumente observada é a ausência de resposta do TSH ao estímulo pelo TRH nos casos de hipotireoidismo secundário, enquanto a resposta varia de normal a alta nos casos de hipotireoidismo terciário. Historicamente, a estimulação do TRH tem sido utilizada para confirmar o hipertireoidismo primário, caracterizado pela elevação dos níveis de T3 e de T4 e níveis baixos ou não detectáveis do TSH. Os testes para o TSH com sensibilidade e especificidade ampliada fornecem uma ferramenta importante para o diagnóstico diferencial entre pacientes com hipertireoidismo e os eutireoideos. Níveis elevados de TSH: •Hipotireoidismo primário não tratado, •Hipertireoidismo de origem do sistema nervoso central, onde o T4 livre também é alto. •Tireoidite de Hashimoto,incluindo aquela com hipotireoidismo clínico e aproximadamente um terço dos pacientes que é clinicamente eutireoideos. •Diversas drogas:ex.,abuso de anfetamina,drogas contendo iodo:ácido iapanóico,ipodato e amiodarona. •Antagonista da dopamina (ex.,cetoclopramida,domperidona,clorpromazina e haloperidol). •Anticorpos anti TSH Níveis reduzidos de TSH: •Hipertireoidismo primário, •Hipertireoidismo devido a Bócio multinodular tóxico, adenoma tireoidiano de funcionamento autônomo. Tireoidite, •Doença psiquiátrica aguda, •Primeiro trimestre de gestação.

Setor

Endócrino