

tentes para uma pesquisa endocrinológica detalhada. Recolhemos todos os dados e informações possíveis, examinamos o paciente e colhemos sangue para as dosagens hormonais.

Na pesquisa manual na **Excerpta Medica Endocrinology**, no período de 1970 a 1979, e no sistema Medline (computador), no período de 1974 a 1979, não obtivemos referências bibliográficas sobre a ocorrência de cretinismo esporádico entre índios da América do Norte, América Central e América do Sul.

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

Índio Xavante da família linguística Gê, da aldeia Dom Bosco da Missão Salesiana de Sangradouro, na margem direita do rio das Mortes (Município de Barra do Garças, Estado de Mato Grosso), com 20 anos de idade.

**História progressa** — Os familiares e demais informantes da Comunidade Xavante referem que o paciente não cresceu e não se desenvolveu como os outros índios de sua idade, custando para andar e falar, não conseguindo acompanhar o ritmo de vida da aldeia, por estar frequentemente com sono ou dormindo, não compreendendo bem as solicitações.

**Antecedentes familiares** — Negam quaisquer outros casos vivos na família e na comunidade. Os pais do propósito apresentam boa saúde, tireóide normal à palpação, não referindo consaguinidade. O pai é proveniente da região de Suiá-Missu e a mãe, da aldeia de Couto-Magalhães.

O pai casou-se duas vezes, sendo que da primeira esposa teve o propósito, seguindo-se um irmão falecido com 4 anos e uma irmã falecida com 8 dias, um irmão, duas irmãs, um irmão e uma irmã. Do segundo casamento teve um filho falecido com 3 anos, uma filha, dois filhos falecidos com 2 meses e 6 anos, respectivamente. Observamos pelo heredograma (Gráfico 1) que o propósito em estudo teve cinco irmãos falecidos na infância, de causa que os pais não podem precisar.

## ARTIGOS

### CRETINISMO ESPORÁDICO ENTRE POPULAÇÃO INDÍGENA XAVANTE

João Paulo Botelho Vieira Filho  
Escola Paulista de Medicina

#### INTRODUÇÃO

Ao visitarmos as aldeias Xavantes das Missões Salesianas de Mato Grosso, observamos um novo caso de endocrinopatia entre populações indígenas brasileiras (19, 20, 21, 22, 23), que resolvemos estudar, apesar das limitações exis-

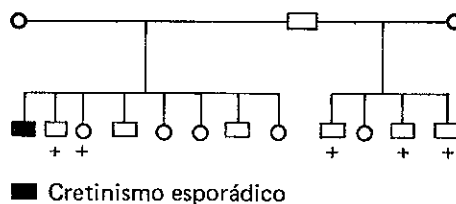


Gráfico 1

**Exame físico** — Peso: 69 kg; altura: 1,53 m; envergadura: 1,49 m; distância pubo-plantar 0,75 m. Cabelo seco. Pilosidade pubiana e axilar presentes. Pele seca, fria e áspera, de cor amarelada. Mucosas descoradas. Cabeça grande em relação ao

corpo. Face cretina. Linha capilar baixa na frente. Fendas palpebrais estreitas. Nariz largo na extremidade, com a base ou ponte deprimida. Lábio inferior grosso. Macroglossia. Várias cáries. Maxilar inferior pouco desenvolvido. Voz rude. Pescoço curto e grosso, não se palpando a tireóide. Membros curtos e dedos curtos. Coração bradicárdico, com frequência de 58 batimentos por minuto; pressão arterial 100/80 mmHg. Abdômem proeminente e sem hérnia umbilical. Genitália adulta, com testículos estimulados.

#### Dosagens hormonais:

- 1) Dosagem da tiroxina ( $T_4$ ): 0,2  $\mu\text{g}\%$  (radioimunoensaio (3), com valores normais entre 4,5 e 12,0  $\mu\text{g}\%$ );
- 2) dosagem da triiodotironina ( $T_3$ ): 20 ng% (radioimunoensaio (16), com valores normais entre 80 e 210 ng%);
- 3) retenção  $T_3$  (2, 8, 10): 17%, com valores normais entre 25% e 35%;
- 4) dosagem do hormônio tirotrófico (TSH): 86  $\mu\text{UI/ml}$  (radioimunoensaio (9), com valores normais menores que 10  $\mu\text{UI/ml}$ );
- 5) anticorpos antitiroglobulina (5) (hemaglutinação) 1/10;
- 6) anticorpos antifator microssomal (18) (imunofluorescência) ausentes.

#### DISCUSSÃO

O índio Xavante apresenta sinais clínicos que caracterizam o cretinismo esporádico.

O hipotireoidismo manifestou-se desde a infância, uma vez que nunca foi tido como um indivíduo normal para a sua categoria de idade. Recebeu o sugestivo nome de Plácido, dos missionários salesianos que prestam assistência com desvelo aos Xavantes.

Afastamos a hipótese de cretinismo endêmico diante dos pais e do grupo familiar com tireóides normais à palpação.

Acreditamos não se tratar de moléstia auto-imune, uma vez que ela apresenta evolução progressiva e lenta, manifestando-se numa faixa de idade mais tardia e sem o quadro de deficiência permanente do coeficiente intelectual. Não obtivemos qualquer informação favorável à evolução progressiva e lenta do Xavante para o hipotireoidismo. Os anticorpos antitiroglobulina e antifração microssomal não foram detectados em níveis compatíveis com tireoidite auto-imune (18). A falta de anticorpos afasta tireoidite auto-imune em atividade.

O índio Xavante não apresenta bócio e nem mesmo tireóide palpável, o que afasta uma série de defeitos de síntese do hormônio tireoideano, tais como: da captação do iodo, da organificação do iodeto, do acoplamento das iodotirosinas, da formação e da proteólise da tiroglobulina (11, 12, 13, 14, 15, 17).

A boa resposta ao tratamento com tetraiodotironina e triiodotironina e ausência de bócio afasta o cretinismo por resistência periférica aos hormônios tireoideanos (11, 15).

O cretinismo, devido à deficiência isolada do hormônio tirotrófico hipofisário, é uma entidade rara (13), sendo que essa possibilidade foi afastada diante do alto nível do tirotrófico do Xavante.

Ahuja, Chopra e Sridhar (1) verificaram que, entre 25 indivíduos com cretinismo esporádico e hipotireoidismo juvenil, 44% dos casos tratavam-se de tireóides ectópicas, 12% dos casos eram atireoses (critério de captação do iodo  $^{131}\text{I}$  menor que 10%), e 44% dos casos eram tireóides hipoplásicas.

O caso do Xavante, por nós observado, enquadra-se entre os hipotireoidismos congênitos com ausência de bócio (12). Parece-nos disgenesia tireoideana e não atireose (12), uma vez que, com algum tecido residual ectópico, veio a andar e falar tardiamente. Casos de atireose, além de serem mais raros que as disgenesias tireoideanas, apresentam sintomatologia mais acentuada quanto ao comprometimento motor e psíquico. Infelizmente, não pudemos submeter o paciente, observado no sertão longínquo de Mato Grosso, à cintilografia com iodo  $^{131}\text{I}$  a fim de localizar o tecido tireoideano disgenético.

O hipotireoidismo do Xavante é primário, em vista do hormônio tirotrófico hipofisário elevado. As dosagens do hormônio tirotrófico elevado, da tiroxina bastante diminuída e da triiodotironina diminuída caracterizam laboratorialmente o hipotireoidismo. A retenção da triiodotironina também foi compatível com o hipotireoidismo.

O cretinismo esporádico deve-se a uma herança recessiva autossômica (7). Os pais do caso estudado, portadores do gene, afirmaram que não eram parentes e provinham de aldeias diversas (Suiá-Missu e Couto-Magalhães). O casamento dos pais do paciente foi exogâmico quanto à aldeia e endogâmico quanto à tribo. Os Xavantes não se casam com parentes próximos. Em determinadas ocasiões, podem manter relações extraconjugais (6). Referem possuir parentes em outras aldeias.

Vários irmãos do cretino faleceram na infância, sem ter sido caracterizada perfeitamente a doença que levou à morte. Novos casos poderão vir a ocorrer entre os Xavantes, se bem que o seu estilo de vida faz com que a seleção natural atue eliminando os menos aptos.

O aparecimento de cretinismo esporádico numa comunidade endogâmica, com possibilidade de ocorrência de novos casos, leva-nos a lembrar da eventualidade de um programa **screening** (4) de avaliação da tiroxina, da triiodotironina e do hormônio tirotrófico no cordão umbi-

lical dos recém-nascidos. Essa eventualidade de **screening** numa tribo brasileira do cerrado, longínquo de grandes centros, com dificuldade de acesso nos períodos de chuvas torrenciais, com partos nas roças e longe das aldeias, não nos parece factível.

Entre os índios Paracaná do Igarapé Lontra, no sudeste do Estado do Pará observamos, posteriormente, uma menina com 9 anos de idade e com o mesmo quadro clínico de hipotireoidismo congênito e sem bócio do Xavante. Essa índia Paracaná também mostrou hipotiroxinemia ( $T_4$  3,7  $\mu\text{g}\%$ ). Nesse grupo já havíamos estudado um caso de hipogonadismo hipogonadotrópico idiopático (20).

#### REFERÊNCIAS

1. AHUJA, M. M. S.; CHOPRA, I. J. & SRIDHAR, C. B.: Sporadic cretinism and juvenile hypothyroidism. *Metabolism* 18: 488, 1969.
2. BRAVERMAN, L. E.; FOSTER, A. E. & MEAD, L. W.: The charcoal  $T_3$  ratio. *JAMA* 199:469, 1967.
3. CHOPRA, I. J.: A radioimmunoassay for measurement of thyroxine in unextracted serum. *J. Clin. Endocrinol.* 34:938, 1972.
4. FISCHER, D. A.; BURROW, G. N.; DUSSAULT, J. H.; HOLLINGSWORTH, D. R.; LARSEN, P. R.; MAN, E. B. & WALFISH, P. G.: Recommendations for screening programs for congenital hypothyroidism, *Am. J. Med.* 61:932, 1976
5. FULTHORPE, A. J.; ROITT, I. M.; DONIACH, D. & COUCHMAN, K.: A stable sheep-cell preparation for detecting thyroglobulin autoantibodies and its clinical application, *J. Clin. Pathol.* 14:654, 1961.
6. GIACCARIA, B. & HEIDE, A.: **Xavante povo autêntico**. São Paulo, Editorial Don Bosco, 1972.
7. GOODMAN, R. M. & GORLIN, R. J.: **Transtornos genéticos**. Barcelona, Editorial Pediátrica, 1973.
8. GOTTLIEB, C. W. & HERBER, V.: Desorption from coated charcoal, an alternative to the coated charcoal  $T_3$  test, *J. Lab. Clin. Med.* 68:113, 1966.

9. HALL, R.; AMOS, J. & ORMSTON, B. J.: Radioimmunoassay of human serum thyrotropin, *Br. Med. J.* 1:582, 1971.

10. HEBERT, V.; GOTTLIEB, C. W.; LAU, K. S.; GILBERT, P. & SILVER, S.: Adsorption of  $I^{125}$  triiodothyronine ( $T_3$ ) from serum by charcoal as an in vitro test of thyroid function, *J. Lab. Clin. Med.* 66:814, 1965.

11. LISSITZKY, S.; BISMUTH, J.; JAQUET, P.; CASTANY, M.; MICHEL-BÉCHET, M.; KOUTRAS, D. A.; PHARMAKIOTIS, A. D.; MOSCHOS, A.; PSARRAS, A. & MALAMOS, B.: Congenital goiter with impaired thyroglobulin synthesis, *J. Clin. Endocrinol.* 36:17, 1973.

12. MEDEIROS NETO, G.: *Hipotiroidismo*. São Paulo, Sarvier, 1972.

13. MIYAI, K.; AZUKIZAWA, M. & KUMAHARA, Y.: Familial isolated thyrotropin deficiency with cretinism, *New Engl. J. Med.* 285: 1.043, 1971.

14. MOURIZ, J.; RIESCO, G. & USOBIA-GA, P.: Thyroid proteins in a goitrous cretin with iodide organification defect, *J. Clin. Endocrinol.* 29:942, 1969.

15. REFETOFF, S.; DEGROOT, L. J. & BARSANO, C. P.: Defective thyroid hormone feedback regulation in the syndrome of peripheral resistance to thyroid hormone, *J. Clin. Endocrinol.* 51:41, 1980.

16. RUSSO, E. M. K.; MACIEL, R. M. B.; VIEIRA, J. G. H.; PASSOS, H. C.; MIRAGLIA, M. T. Z. & LIMA, M. P. C.: *Produção de anticorpo anti- $T_3$  em carneiro e coelho para uso em radioimunoensaio*. Apresentado no XXI Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. Salvador, 1976.

17. VALENTA, L. J.; BODE, H.; VICKERY, A. L.; CAULFIELD, J. B. & MALOOF, F.: Lack of thyroid peroxidase activity as the cause of congenital goitrous hypothyroidism, *J. Clin. Endocrinol.* 36: 830, 1973.

18. VALLOTON, M. B.; PRETELL, J. Y. & FORBES, A. P.: Distinction between idiopathic primary hypothyroidism by

the presence of circulating thyroid antibodies, *J. Clin. Endocrinol.* 27:1, 1967.

19. VIEIRA-FILHO, J. P. B.: Heredograma e coeficiente de endocruzamento de uma família indígena com pseudo-hermafroditismo masculino e pé torto congênito, *Rev. Ass. Med. Brasil.* 24:36, 1978.

20. VIEIRA-FILHO, J. P. B.: Índio Paracanã com hipogonadismo hipogonadotrópico idiopático, *Rev. Ass. Med. Brasil.* 24:363, 1978.

21. VIEIRA-FILHO, J. P. B.: O diabetes mellitus e as glicemias de jejum dos índios Caripuna e Palikur, *Rev. Ass. Med. Brasil.* 23: 175, 1977.

22. VIEIRA-FILHO, J. P. B.: Pseudo-hermafroditismo masculino entre os índios do Uaçá, *Rev. Ass. Med. Brasil.* 22: 129, 1976.

23. VIEIRA-FILHO, J. P. B.: O bócio entre os índios brasileiros, *Rev. Ass. Med. Brasil.* 27: 285, 1981.