

TIROIDITES AGUDAS

S. PAIVA, M. BASTOS, L. GOMES, A. DURÃO, A. MOREIRA, L. BARROS, D. RODRIGUES, L. RUAS,
C. RIBEIRO, F. RODRIGUES, I. PAIVA, A. FAGULHA, F. CARRILHO, E. GERALDES, M. CARVALHEIRO
M. M. A. RUAS

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra

RESUMO/SUMMARY

A propósito de quatro casos clínicos, faz-se uma revisão da fisiopatologia, da clínica e da terapêutica das tiroidites agudas, sublinhando a importância da punção aspirativa para se estabelecer o diagnóstico desta situação.

Palavras-chave: tiroidite aguda

INTRODUÇÃO

As tiroidites agudas, caracterizadas por inflamação da tiróide de origem infecciosa, são raras¹⁻⁷ devido a um conjunto de factores protectores da colonização da tiróide por microrganismos: a existência de cápsula, a abundante vascularização arterial e linfática e o conteúdo em iodo^{2,3,5,8-10}. Clinicamente são caracterizadas por dor cervical, sinais inflamatórios cutâneos, por vezes acompanhados de flutuação local, e hipertermia^{1,4,9,10-12}. Laboratorialmente são acompanhadas de leucocitose franca, velocidade de sedimentação (vs) elevada e doseamentos hormonais tiroideus habitualmente normais^{1,5,10,13,14}. Nas formas de apresentação menos típicas impõe-se o diagnóstico diferencial com outras situações, nomeadamente tiroidites subagudas, carcinoma indiferenciado, linfoma da tiróide ou hemorragia intranodular^{2,5,7,10}. A punção aspirativa, com aspiração de material purulento estabelece o diagnóstico definitivo^{5,6,10,15}. Apresentamos quatro casos clínicos diagnosticados no nosso Serviço de 1989 a 1996.

Caso 1

IMFG, sexo feminino, 32 anos, saudável até à data, em 18/01/89 iniciou dor cervical anterior sem irradiação e hipertermia. Recorreu ao Serviço de Urgência e ao exame objectivo a tiróide estava globalmente aumentada de volume, muito dolorosa à palpação, sem sinais cutâneos

ACUTE THYROIDITIS

We review the pathophysiology, clinical features and therapy of acute thyroiditis. Four cases are reported stressing the role of fine needle aspiration for the diagnosis of this clinical entity.

Key words: acute thyroiditis

inflamatórios ou flutuação; a ecografia mostrava um aumento do volume da tiróide com textura heterogénea. Teve alta medicada com amoxicilina 1g, 8/8h, *per os* e prednisolona 16 mg, id; iniciou posteriormente disfagia e dispneia progressivas, pelo que recorreu de novo ao Serviço de Urgência. Ao exame objectivo a tiróide apresentava flutuação a nível da fúrcula, pelo que foi internada no Serviço de Endocrinologia.

Exames auxiliares de diagnóstico: Destes destaca-se leucocitose (15 G/l), vs 115 mm e doseamentos hormonais tiroideus normais. A ecografia da tiróide mostrava formação transónica com ecos intensos e gás ocupando toda a glândula sugestiva de volumoso abscesso. Fez broncofibroscopia que evidenciou edema e obstrução das cordas vocais. Na citologia aspirativa foi aspirado material purulento cuja cultura foi positiva para *St. aureus* resistente à penicilina; o exame citológico mostrou acentuado componente inflamatório com predomínio de polimorfonucleares (PMN) neutrófilos.

Terapêutica e evolução: Foi drenado o abscesso com saída de 300 ml de líquido purulento, e iniciada cefuroxima, 750 mg endovenosa de 8/8 horas, com melhoria clínica progressiva e apirexia ao segundo dia de antibioterapia, pelo que teve alta após 14 dias de terapêutica sem sintomatologia, medicada com levotiroxina, 0,1 mg id que se suspendeu.

Caso 2

FL, sexo masculino, 59 anos com queixas de dor e aumento do volume da região cervical anterior, disfagia e hipertermia, tendo sido medicado pelo Médico Assistente com amoxicilina 500 mg, 8/8h, *per os*, sem regressão da sintomatologia, pelo que recorreu ao Serviço de Urgência. Ao exame objectivo apresentava hipertermia (39°C) e sinais inflamatórios cutâneos na região cervical anterior. À palpação da tiróide grande tumefacção de consistência duro elástica, de limites mal definidos, dolorosa à mobilização, que motivou internamento no Serviço de Endocrinologia.

Exames auxiliares de diagnóstico:

Apresentava leucocitose (13,4 G/l) e vs 73 mm, com hormonas tiroideias e anticorpos normais. A ecografia da tiróide mostrou volumosa formação sólida heterogénea que comprimia a veia jugular à esquerda. Na citologia aspirativa foi aspirado material purulento cuja cultura foi positiva para *Gemella morbilorum* (antigo grupo *St. morbilorum*); o estudo citológico revelou esfregaço constituído exclusivamente por PMN neutrófilos e elementos celulares necrosados, traduzindo processo inflamatório.

Terapêutica e evolução: Foi iniciada ceftazidima 1g, endovenosa, de 6/6h durante 12 dias e posteriormente cefuroxima 250 mg, oral de 12/12h durante 15 dias, registando-se apirexia ao terceiro dia de antibioterapia e melhoria clínica progressiva. Teve alta ao 16º dia, sem queixas.

Caso 3

MLS, sexo feminino, 73 anos, transferida para o Serviço de Endocrinologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra vinda do Hospital da Guarda, com informação de suspeita de neoplasia da tiróide. Estava internada naquele hospital para estudo de quadro de astenia, anorexia, emagrecimento, hipertermia e massa cervical anterior com um mês de evolução. Ao exame objectivo encontrava-se prostrada, com pele e mucosas descoradas, polipneica, febril, e à palpação cervical a tiróide estava aumentada de volume, bosselada, com limites mal definidos.

Exames auxiliares de diagnóstico: Destes destaca-se leucocitose (16,3 G/l), vs 128 mm e doseamentos hormonais tiroideus normais. A ecografia da tiróide evidenciou lobo esquerdo consideravelmente aumentado de volume, com zonas sólidas e líquidas, condicionando desvio da traqueia. Na citologia aspirativa foi aspirado material purulento cuja

cultura foi positiva para *Escherichia coli* e o exame citológico revelou esfregaço com sangue e numerosos PMN.

Terapêutica e evolução: Iniciou-se imipenem 500 mg, endovenoso de 8/8 horas, tendo sido submetida a drenagem cirúrgica e hemitiroidectomia esquerda (figura 1), cujo exame histológico revelou tratar-se de um adenoma folicular supurado e hiperplasia da tiróide restante. O pós-operatório ocorreu sem incidentes, pelo que teve alta ao 14º dia medicada, com levotiroxina 50 mg id.

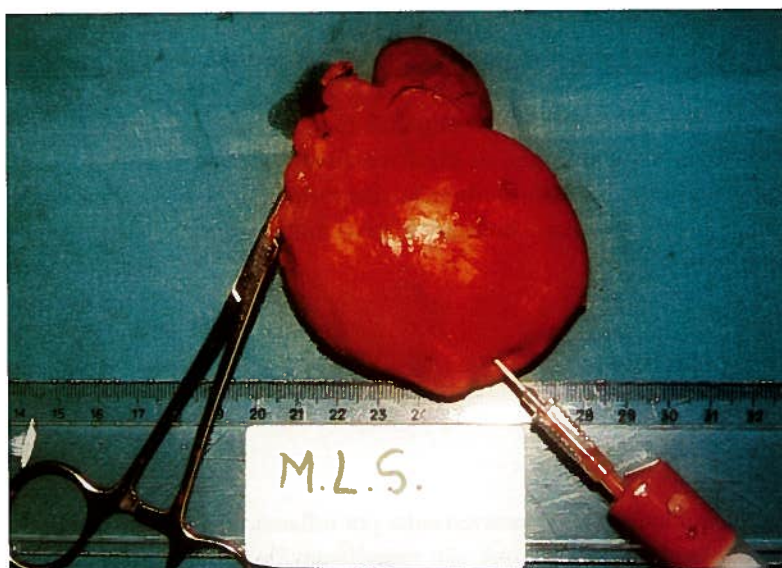


Fig. 1-Caso 3: peça operatória com evidência do conteúdo purulento.

Caso 4

AESM, sexo masculino, 12 anos, com atraso de desenvolvimento psico-motor, cardiopatia congénita e epilepsia, que no dia 15/02/96 iniciou síndrome febril, dor cervical anterior e disfagia pelo que foi medicado com amoxicilina 500 mg 8/8 h sem melhoria. Recorreu ao Serviço de Urgência, apresentando prostração, hipertermia, eritema cervical anterior e à palpação, a glândula tiroideia estava globalmente aumentada de volume, muito dolorosa à mobilização, com flutuação, o que motivou internamento no Serviço de Endocrinologia.

Exames auxiliares de diagnóstico: Destaca-se leucocitose (19,9 G/l), vs 88 mm e doseamentos hormonais tiroideus e anticorpos normais. A ecografia da tiróide mostrou tiróide aumentada de volume, compatível com tiroidite. Na citologia aspirativa foi aspirado material purulento cuja cultura foi positiva para *Gemella Hemolisans* (aeróbios), *Fusobacterium nucleatus* e *Porphyromona endodontalis* (anaeróbios). O estudo citológico revelou esfregaço com células inflamatórias, predominantemente PMN e macrófagos.

Terapêutica e evolução: Foi submetido a drenagem com colocação de dreno, tendo-se iniciado amoxicilina +ácido clavulânico 1,2 g endovenoso de 8/8 horas e clindamicina 300 mg, endovenosa de 6/6 horas. Registou-se apirexia ao terceiro dia de antibioterapia, pelo que teve alta ao 14º dia com incisão do dreno cicatrizada.

DISCUSSÃO

Os quatro casos clínicos descritos são paradigmáticos da clínica e evolução das tiroidites agudas supuradas reforçando que este diagnóstico deve ser sempre suspeitado perante um aumento do volume da região cervical anterior com dor e hipertermia^{1,2}. Apesar de ter características clínicas bem definidas, impõe-se o diagnóstico diferencial com outras patologias tiroideias (tiroidites sub-agudas, carcinoma indiferenciado etc^{2,14}.) e não tiroideias (celulite, quisto branquial infectado, quisto do canal tiroglossos etc^{10,14}.). Este pode ser particularmente difícil no caso das tiroidites sub-agudas granulomatosas (tiroidite de Quervain) uma vez que partilham muitas manifestações clínicas com as tiroidites agudas^{5,10,11,14,16}. Nas primeiras o rebote geral é menos intenso, a leucocitose não é marcada e a evolução é auto-limitada^{5,10,14,16}.

A ecografia é um meio complementar de diagnóstico particularmente valioso porque permite diferenciar patologia tiroideia de lesões extratiroideias^{1,5,9,16}. Os doseamentos hormonais são úteis para confirmar um eventual quadro de tirotoxicose secundário à destruição de tecido tiroideu^{5,10,13,14}.

As tiroidites agudas são mais frequentes em mulheres jovens (20-40 anos)^{10,13,14}, estando no entanto descritos casos em qualquer idade, como é ilustrado na nossa série (na literatura há relatos de casos desde os 100 dias aos 80 anos⁸).

As vias possíveis de infecção são a disseminação hematogénea, linfática ou por contiguidade, o traumatismo com penetração directa, a persistência do canal tiroglossos e as fístulas do seio piriforme^{2,10-12,17}. Porém, na maioria dos casos não é possível a determinação do foco primário, como aconteceu com os nossos doentes. A pesquisa de fístulas deverá ser realizada nos casos recidivantes^{5,10,13,16}.

A citologia aspirativa revela-se de extrema importância pois estabelece o diagnóstico possibilitando que a terapêutica correcta seja instituída a tempo^{1,5,10}. Esta consiste em hospitalização para antibioterapia endovenosa orientada pelo antibiograma e drenagem se flutuação^{10,11,13,14}. A cirurgia está indicada nos casos de bócios volumosos ou naqueles de maior gravidade^{1,5,10,13}, como é exemplo o terceiro caso em que havia um rebote geral assinalável.

Os microrganismos mais frequentemente envolvidos

são cocos gram positivos^{9,11}, embora estejam descritas infecções por *E. coli*, *H. influenza* e anaeróbios^{5,9,10,13}, de que são exemplo o terceiro e quarto doente. São excepcionais infecções por fungos, parasitas ou micobactérias^{1,5,7,10,13}.

Em 50% dos casos é conhecida patologia tiroideia prévia^{8-10,13,14}, o que não foi observado na nossa série pois em nenhum dos doentes era conhecida patologia anterior. No entanto no terceiro caso a anatomia patológica revelou um adenoma associado a hiperplasia.

Habitualmente este tipo de lesão evolui sem sequelas e só é necessária terapêutica hormonal substitutiva permanente nos casos em que a destruição massiça da glândula condiciona hipotiroidismo^{10,13,14}.

BIBLIOGRAFIA

1. AGARWAL A, MISHRA S, SHARMA A: Acute suppurative thyroiditis with demonstrable distant primary focus: a report of two cases. *Thyroid* 1998; 8: 399-401
2. YAMASHITA J, OGAWA M, YAMASHITA S, SAISHOJI T, NOMURA K, TSURUTA J: Acute suppurative thyroiditis in an asymptomatic woman: an atypical presentation simulating thyroid carcinoma. *Clin Endoc* 1994; 40: 145-150
3. VERMIGLIO F, STASSI G, FINOCCHIARO M, TRIMARCHI F. Thyroiditis due to *Brucella Melitensis*. *J Endocrinol Invest* 1995; 18: 308-10
4. INTENZO C, PARK C, KIM S et al: Clinical, laboratorial and scintigraphic manifestations of subacute and chronic thyroiditis. *Clin Nucl Med* 1993; 18: 302-6
5. BIRO F, SCHATZ C, CHIGOT J: Abcés de la thyroïde. *Ann Med Interne* 1991; 142: 99-102
6. LARSEN P, DAVIES T, HAI I: The thyroid gland, cap 11. In: Wilson J, Foster D, Kronenberg H, Larsen P eds. *Williams textbook of Endocrinology*. Philadelphia: W B Saunders Company 1998: 389-515
7. PEREIRA S, CARVALHEIRO M, RUAS A: Tiroidite aguda supurada, a propósito de dois casos clínicos. *O Médico* 1978; 88: 1-8
8. BERGER S, ZONSZEIN J, VILLAMENA P, MITTMAN N: Infectious diseases of the thyroid gland. *Rev Infect Dis* 1983; 5: 108-22
9. JENG L, LIN J, CHEN M: Acute suppurative thyroiditis: A ten year review in a taiwanese hospital. *Scand J Infect Dis* 1994; 26: 297-300
10. SINGER P: Thyroiditis. *Med Clin North Am* 1991; 75: 61-77
11. STEVENSON J: Acute bacterial thyroiditis presenting as otalgia. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 788-9
12. CAREDA R, MARTINEZ A, OCHOA J, SEGURA F, LLORENTE M: Fístula del seno piriforme, una nueva patologia. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 467-9
13. SAKIAMA R: Thyroiditis: a clinical review. *Am Fam Physician* 1993; 615-21
14. SHUBERT M, KOUNTZ D: Thyroiditis-a disease with many faces. *Postgrad Med* 1995; 98: 101-12
15. GANDHI R, TOLLIN S, SEELY E: Diagnosis of candida thyroiditis by fine needle aspiration. *J Infect* 1994; 28: 77-81
16. SZABO S, ALLEN D: Thyroiditis-differentiation of acute suppurative and subacute. *Clin Pediatr* 1989; 171-4
17. YAMASHITA H, NOGUCHI T, TAKAHASHI M: Recurrent cervical abscess due to piriform sinus fistula. *J Laryngol Otol* 1994; 109: 886-8