

TIREOIDITES

COSTA, Amanda Paiva; JACOBINO, Mariana Feitosa; CESILIO, Sarah Pereira;
COSTA, Juliana Martins Pessoa; FERREIRA, Ingridy Maria Oliveira;
GONÇALVES, Aline Belle Moraes.

Orientador: Dra. Alexandre Sampaio Rodrigues Pereira

Filiação: Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)

Liga: LCM – Liga de Clínica Médica da UniCEUB

Palavras-chave: Tireóide; Inflamação; Disfunção.

1. DEFINIÇÃO

As tireoidites são, por definição, inflamações da glândula tireóide, localizada no pescoço. Elas podem gerar disfunções transitórias ou permanentes, e são agrupadas de acordo com a sua etiologia e evolução clínica.

É possível caracterizá-las em aguda, subaguda e crônica. A tireoidite aguda é chamada de supurativa.

São tireoidites subagudas:

- Tireoidite granulomatosa, também chamada de tireoidite de Quervain;
- Tireoidite linfocítica indolor;
- Tireoidite pós-parto.

São tireoidites crônicas:

- Tireoidite de Hashimoto;
- Tireoidite de Riedel.

2. EPIDEMIOLOGIA

- Tireoidite supurativa: é mais frequente em indivíduos com doenças tireoidianas prévias ou anomalias congênitas. É mais observada em imunodeprimidos, em pacientes debilitados e em idosos. Além disso, apesar de rara, a tireoidite supurativa é mais prevalente em crianças do que em adultos.
- Tireoidite granulomatosa: acomete principalmente pessoas entre 30 e 50 anos, e somente 9% dos casos identificados correspondem a pacientes pediátricos. Acomete 5 vezes mais mulheres do que homens.
- Tireoidite linfocítica indolor: aproximadamente 2 vezes mais frequente em mulheres. Geralmente, compreende indivíduos de 30 a 60 anos, mas pode ocorrer em qualquer faixa etária.
- Tireoidite pós-parto: tem incidência entre 1,1 e 16,7% e é mais comum em mulheres que têm outras doenças autoimunes (diabetes tipo 1, por exemplo) ou histórico familiar de tireoidites autoimunes.

- Tireoidite de Hashimoto: predomina no sexo feminino (5 a 20 vezes mais frequente do que no sexo masculino) e é a tireoidite mais comum. Ocorre em qualquer faixa etária, mas a maior incidência é entre os 40 a 60 anos.
- Tireoidite de Riedel: 2 a 4 vezes mais comum em mulheres do que em homens, e acomete indivíduos entre 40 e 60 anos.

3. DIAGNÓSTICOS

3.1 Tireoidite Aguda

Quadro Clínico

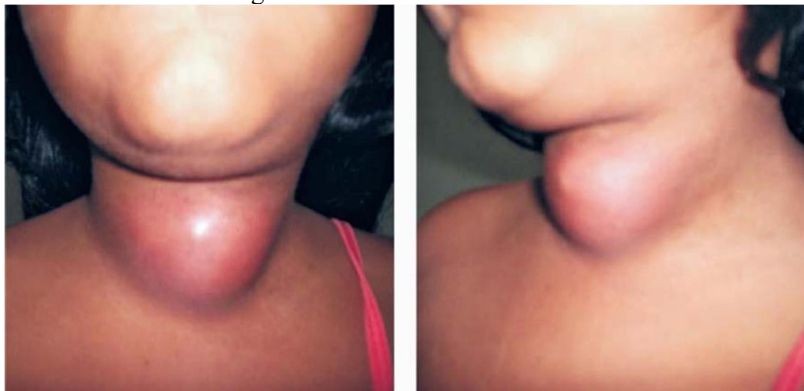
Essa patologia tem como característica ser, normalmente, súbita, contudo, também é possível observar, em menor número, casos em que os sintomas são progressivos.

O quadro clínico clássico é composto por dor cervical anterior unilateral (podendo irradiar-se para a mandíbula ou o ouvido homolateral), febre, sudorese e astenia, e, além disso, é possível que a pessoa apresente calafrios (caso haja bacteremia), disfagia e disfonia. Casos graves podem evoluir para a um quadro de sepse.

Vale ressaltar ainda que, esses sintomas, quando em pacientes pediátricos, são muitas vezes precedidos por uma infecção de vias aéreas superiores.

Ao exame físico é possível observar sinais flogísticos no lado acometido, como associação de pele eritematosa e dolorosa.

Figura 72.1 Paciente com Tireoidite aguda



Fonte: Vilar (2021, capítulo 36).

O hemograma apresenta leucocitose com desvio à esquerda e elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS) na grande maioria dos casos.

A função tireoidiana geralmente é mantida, com anticorpos antitireoidianos antitireoperoxidase (anti-TPO) e antitireoglobulina (anti-Tg) comumente indetectáveis e a concentração sérica dos hormônios tireoidianos encontra-se também dentro dos limites

da normalidade. A captação do iodo pela tireóide (RAIU) é normal, no entanto, pode ser alterada dependendo da extensão do acometimento do processo infeccioso.

Diagnóstico por Imagem

A ultrassonografia (US) da tireoide possibilita a localização de focos hiperecogênicos que indicam áreas de formação de abscessos.

A confirmação diagnóstica é realizada por Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF), seguida do exame citológico que apresente um infiltrado de leucócitos polimorfonucleares e linfócitos, os quais confirmam uma reação inflamatória.

Tratamento

O tratamento da Tireoidite Aguda é feito através de antibioticoterapia, guiado por bacterioscopia, sendo a cultura desse material feita pela punção aspirativa com agulha fina (PAAF). Na condição do caso ser grave, o paciente será internado e receberá antibioticoterapia ou terapia antifúngica parental, ingestão por outra via que não seja a digestiva. Na condição de nenhuma bactéria ser isolada, pode-se iniciar o tratamento empírico de amplo espectro, que é o uso de drogas com maior cobertura antimicrobiana. Qualquer abscesso encontrado deverá ser drenado por PAAF ou cirurgia.

Pacientes pediátricos estão mais sujeitos a infecções no seio piriforme, por isso deve ser feita uma tomografia computadorizada (TC) ou uma ressonância magnética (RM) da região cervical, com o objetivo de identificar a existência de uma fístula comunicante, uma comunicação atípica entre as estruturas do corpo. Caso a descoberta da fístula ocorra, ela deve ser removida, evitando assim o reaparecimento da Tireoidite Aguda.

3.2 Tireoidite Subaguda → Tireoidite granulomatosa

Quadro Clínico

Essa patologia se dá devido a um processo inflamatório autolimitado, o qual é bastante doloroso; a faixa etária mais acometida são as pessoas entre a terceira e a quinta década de vida.

Seu quadro clínico propriamente dito tem início com uma fase prodrômica, marcada por astenia, mal estar, artralgia, mialgia, faringite e febre baixa.

A progressão do quadro evidencia o aumento da febre e da dor, que pode ser localizada apenas em um dos lobos, ou então em toda a glândula; somado a isso, a dor pode irradiar para a região occipital parte superior do pescoço, mandíbula, garganta ou ouvidos. Vale ressaltar que o ato de tossir, de deglutir e de mover o pescoço podem acentuar estes sintomas.

Em relação aos sintomas tireoidianos, a evolução do quadro consiste em 4 fases: fase dolorosa aguda inicial com hipertireoidismo, eutireoidismo, hipotireoidismo e eutireoidismo. Contudo, não é obrigatório que o paciente passe por todos os estágios.

A primeira fase costuma ser autolimitada, mesmo em pacientes não tratados, sua duração é de cerca de 2 a 6 semanas.

Ao exame físico é evidenciado bócio nodular, firme e doloroso; associado ainda a eritema e calor.

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico (anamnese e exame físico), no entanto, pode ser solicitado hemograma, VHS e hormônios tireoidianos para diferenciar de outras possíveis causas de dor cervical.

Exames Laboratoriais

O hemograma pode apresentar uma leve anemia normocítica e normocrômica e leucócitos dentro da normalidade ou com discreta elevação.

A alteração mais característica do TGSA é a significativa elevação da VHS, que geralmente ultrapassa o valor de 50 mm/h. O aumento do PCR também é esperado.

Na fase de hipertireoidismo, ocorre elevação dos níveis séricos de tireoglobulina, T3 e T4 e a supressão do TSH é característica do quadro.

Na fase de hipotireoidismo, nota-se uma inversão com valores baixos de T4 livre e TSH elevado.

A RAIU/24 h é baixa durante o processo inflamatório agudo.

A Ultrassonografia da tireoide mostra áreas hipoecogênicas, irregulares e mal delimitadas. Tratamento Tireoidite Granulomatosa subaguda (TGSA)

O tratamento é focado no alívio da dor, fazendo uso de anti-inflamatórios não esteroides – mais eficazes nos casos mais brandos – como ácido acetilsalicílico (AAS), nimesulida, naproxeno e piroxicam. Outro tratamento é o uso de glicocorticóides (GC) – indicados quando não há melhora com o uso de anti-inflamatórios não esteroides – como a prednisolona, o alívio dos sintomas com esse tratamento ocorre normalmente nas primeiras 24 a 48 horas. Caso a TGSA não responda a nenhum dos medicamentos, pode ser recorrida a cirurgia. O controle dos sintomas de tireotoxicose e o tratamento do hipotireoidismo pode ser necessário.

3.3 Tireoidite Linfócita

Quadro Clínico

Essa patologia pode apresentar 4 fases em sua evolução: hipertireoidismo inicial, eutireoidismo, hipotireoidismo e, por fim, recuperação.

Os pacientes costumam já ser diagnosticados na primeira fase, sendo que, essa pode chegar a durar até 4 meses; os sintomas apresentados são: intolerância ao calor, nervosismo, palpitação e emagrecimento.

Nos casos em que a fase de hipertireoidismo passa despercebida o paciente recebe o diagnóstico na fase de hipotireoidismo, quando se queixarão de bócio

levemente aumentado e firme, contudo, indolor.

Diagnóstico Laboratorial

O hemograma geralmente está normal, mas pode apresentar leucocitose em alguns casos. A VHS também mostra-se normal ou com discreto aumento.

Fase de hipertireoidismo apresenta aumento dos níveis séricos de tireoglobulina, T3 e T4 livre, com declínio de TSH e baixa captação de iodo pela tireóide (RAIU).

A elevação de anticorpos antitireoidianos como o anti-TPO e anti-Tg é frequente.

3.4 Tireoidite Linfócita Subaguda (TLSA)

Tratamento

O tratamento da TLSA é o controle dos sintomas de hiper ou hipotireoidismo.

O controle dos sintomas de hipertireoidismo pode ser feito por betabloqueadores – mais indicado – ou antitireoidianos de síntese – não são indicados por liberar excessivamente os hormônios guardados dentro da glândula.

O controle do hipotireoidismo é feito com Levotiroxina (L-T4), porém a maior parte dos pacientes não faz tratamento, já que possuem sintomas leves.

3.5 Tireoidite de Hashimoto (TH)

Quadro Clínico

Essa patologia costuma ser assintomática, sendo que sua descoberta, nesses casos, se dá devido às alterações laboratoriais de rotina, ou então, por um bócio discretamente aumentado.

20% dos casos são marcados por sintomas de hipotireoidismo, enquanto apenas 5% dos casos apresentam sintomas de hipertireoidismo; além disso, é possível observar quadros em que há transitoriedade entre sintomas de hipo e hipertireoidismo.

Ao exame físico é comum observar bócio aumentado (2 a 4 vezes maior), firme, irregular e indolor. Nos casos de crescimento rápido do bócio, pode haver sintomas de disfagia, dispneia e rouquidão por pressão sobre estruturas cervicais.

Diagnóstico

O diagnóstico é realizado com base no quadro clínico sugestivo somado ao achado de autoanticorpos tireoidianos em níveis aumentados. O Antitireoperoxidase (anti-TPO) com titulação geralmente superior a 1:1.600, está presente em mais de 80% dos casos. Já o anti-Tg é detectado em até 60% dos casos.

A dosagem dos níveis dos hormônios tireoidianos T4 e TSH pode estar compatível com hipotireoidismo (mais comum), eutireoidismo ou até, raramente, hipertireoidismo.

Diagnóstico por Imagem

A USG pode demonstrar glândula heterogênea, aumentada e hipervascular. Pode ter aspecto característico de hipoecogenicidade ou presença de micronódulos. Já na fase final da doença, a tireoide apresenta-se reduzida, com contornos mal definidos, irregulares e aspecto heterogêneo pela fibrose. Achados de pseudonódulos e calcificações são comuns. A avaliação citológica pela PAAF confirma o diagnóstico, porém, não é essencial. Por ser um procedimento invasivo, torna-se mandatória apenas nos casos duvidosos ou de dor local, crescimento rápido ou palpação de nódulos, para investigação da possibilidade de neoplasias associadas.

Tratamento

Em geral, a Tireoidite de Hashimoto não requer tratamento. Para pacientes hipotireóides a reposição de L-T4 é indicada. Os glicocorticóides (GC) podem ser usados caso haja dor tireoidiana importante ou bócio de crescimento rápido com sintomas compressivos.

O uso de L-T4 é recomendado para pacientes com TH que apresentam hipotireoidismo subclínico - TSH elevado e T3 e T4 normais. A levotiroxina pode aliviar os sintomas, diminuir o tamanho do bócio e geralmente diminuir os níveis de anti-TPO.

A radioterapia é uma opção para pacientes que alternam entre hipo e hipertireoidismo.

A cirurgia de tireoidectomia subtotal é raramente necessária, indicada com casos de sintomas compressivos ou caso o tratamento medicamentoso leve a dor refratária. A cirurgia pode ter motivações estéticas, como bócios volumosos ou malignidade confirmada ou suspeita.

3.5 Tireoidite de Riedel

Quadro Clínico

Essa patologia é marcada por uma extensa fibrose da glândula tireóide e nos tecidos adjacentes; clinicamente ela se assemelha a linfoma ou então carcinoma anaplásico.

Os pacientes, podem apresentar: compressão esofágica ou traqueal: disfagia, sensação de peso ou pressão em região cervical, rouquidão e estridor e sintomas respiratórios como dispneia, tosse, sensação de sufocamento e até asfixia; sendo que a queixa de dor é incomum. Contudo, os sintomas mais comuns são: astenia e adinamia.

Ao exame físico é observado massa cervical endurecida e indolor Diagnóstico laboratorial

O hemograma geralmente está normal ou com discreta leucocitose. A VHS apresenta discreta elevação e a RAIU/24 está normal.

Anticorpos antitireoidianos estão elevados em mais de 67% dos casos, porém, ainda não se sabe ao certo a sua relação com a doença.

Diagnóstico por Imagem

A ultrassonografia e a tomografia auxiliam a demarcar o acometimento tireoidiano.

O diagnóstico é confirmado por biópsia - geralmente a céu aberto pela dificuldade de realizar a PAAF no tecido rígido. O exame histopatológico é caracterizado pela presença de fibrose intensa e deve ser diferenciado de neoplasias e outras doenças infiltrativas.

Tratamento

Os glicocorticoides (GC), tamoxifeno e metotrexato já foram usados para o alívio de sintomas compressivos. O uso de hormônios tireoidianos já foi relatado, porém sua indicação não está clara quando não há hipotireoidismo. A cirurgia pode ser indicada quando há sintomas compressivos ou suspeita de malignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VILAR, Lucio. Endocrinologia clínica. editores-associados Claudio E. Kater ... [*et al.*]. 7ª. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2021.
2. ASSMANN, Taís Silveira *et al.* Tireoidite Aguda. Revista Conhecimento Online, v. 1, p. 104-111, 2011.