

TIREOIDITE AGUDA

ACUTE THYROIDITIS

Taís Silveira Assmann¹
Fernanda Huf¹
Gabriela Almeida Motta¹
Larissa Skvirsky¹
Ivy Reichert¹
Gustavo Muller Lara²

RESUMO

A tireoidite aguda (TA) é uma entidade rara entre as enfermidades da tireoide, porém sua incidência tem se elevado devido ao aumento do número de pacientes imunodeprimidos, bem como devido a anormalidades congênitas como fendas branquiais ou fístulas do seio piriforme, localizado entre a glândula tireoide e a hipofaringe. As infecções tireoidianas são patologias graves que merecem especial atenção em função de oferecer grande risco de complicação. Quando baseada em uma avaliação clínica rigorosa e capacitada, além de amparada por métodos diagnósticos por imagem e laboratoriais, seu desfecho é positivo. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão acerca da etiopatogenia, dos diagnósticos clínico e laboratorial e do tratamento da Tireoidite Supurativa Aguda.

Palavras-chave: Tireoidite Supurativa Aguda. Abscesso Tireoidiano. Fístula do Seio Piriforme.

ABSTRACT

Acute Thyroiditis is a rare condition among neck diseases, however, its incidence has increased due to the number of increased immunosuppressed patients, as well as congenital abnormalities such as Pharyngeal Slits and Pyriform Sinus Fistula, located between the thyroid gland and the lower pharynx. Thyroid infections are severe pathologies that deserve special medical attention since they can offer great complication risks. The outcome is usually positive when the clinical assessment is done in a rigorous and well capacitated form, as well as supported by image and laboratorial diagnostic methods. The purpose of this paper is to review the subject on its etiopathogenesis, clinical and laboratorial diagnostic methods and treatment of Accute Suppurative Thyroiditis.

Keywords: Acute Suppurative Thyroiditis. Thyroid Abscess. Pyriform Sinus Fistula.

¹ Acadêmicas do curso de Biomedicina da Universidade Feevale. E-mail taisassmann@hotmail.com.

² Professor da disciplina de Imunologia Clínica e Supervisor do estágio de Biomedicina da Universidade Feevale.

INTRODUÇÃO

As tireoidites compõem um grupo heterogêneo de doenças inflamatórias da tireoide, das mais variadas etiologias, de caráter autoimune, agudo ou crônico. Entre as inflamatórias, temos a tireoidite subaguda, de origem viral ou de origem bacteriana: a primeira, dolorosa, com múltiplas áreas hipoeoicas migratórias mal definidas, e a segunda, uma doença rara e séria, com marcada hipocogenicidade ⁽¹⁾.

A tireoidite aguda (TA), também denominada tireoidite bacteriana, tireoidite piogênica, tireoidite infecciosa ou tireoidite supurativa aguda, é uma condição rara entre as doenças da tireoide ^(2, 3), com não mais de um a dois casos observados por ano em hospital de atendimento terciário. Essa baixa incidência se deve a mecanismos de proteção da tireoide, como amplo suprimento sanguíneo e linfático, proteção anatômica exercida por sua cápsula, bem como alta concentração de iodo e de peróxido de hidrogênio no parênquima tireoidiano, necessários para a produção dos hormônios tireoidianos ^(4, 5).

Entretanto, devido ao aumento do número de pacientes imunodeprimidos e imunossuprimidos, sua prevalência tem se elevado. Pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), por exemplo, constituem uma população emergente para risco de tireoidite infecciosa. Com a evolução das técnicas de transplantes e o desenvolvimento de drogas imunossupressoras, observa-se, também, um acréscimo da incidência dos casos. A TA também é relatada em anormalidades congênitas como fendas branquiais ou fístulas do seio piriforme, o que aumenta a suscetibilidade à formação de abscessos ^(1, 5, 6).

A revisão da literatura médica do período de 1900 a 1980 identificou 224 casos de tireoidite supurativa aguda, caracterizados por formação de abscesso e/ou identificação de microorganismos na glândula tireoide, dos quais 153 eram de origem bacteriana ^(7, 8, 9, 10). A diferenciação entre as diversas formas de tireoidite e o abscesso tireoidiano pode ser difícil, porém, de vital importância para o tratamento adequado.

1 ETIOPATOGENIA

A infecção usualmente expande-se para a tireoide de maneira direta por meio de estruturas adjacentes, ou a distância, por meio do sistema sanguíneo ou linfático, e vale ressaltar que vários agentes etiológicos já foram descritos ⁽⁵⁾. Em pacientes pediátricos, as principais fontes de infecção são anomalias congênitas, como persistência do ducto tireoglossal, fístula do seio piriforme e fístula faríngea interna, levando, principalmente, ao acometimento tireoidiano unilateral esquerdo e, em alguns casos, à recorrência do quadro. Já no adulto, a disseminação hematogênica e linfática da infecção oriunda de vias aéreas superiores ou a distância para uma tireoide com alteração preexistente são as causas mais frequentemente postuladas ⁽⁴⁾.

As manifestações clínicas mais comuns são dor na região cervical anterior, aumento do volume da tireoide, podendo estar acompanhadas de febre e sinais de compressão local ⁽⁴⁾. O lobo esquerdo é o mais frequentemente envolvido, principalmente na presença de fístula do seio piriforme, porém, em algumas ocasiões, como na presença de condição tireoidiana preexistente, ambos os lobos podem estar acometidos ^(4, 11).

A TA é causada por fungos, micobactérias, parasitos e, no caso bacteriano, tem como agentes etiológicos mais comuns o *Staphylococcus aureus*, o *Streptococcus pyogenes* e também o *Streptococcus pneumoniae*. Entretanto, quando o fator determinante da infecção tireoidiana é a fístula do seio piriforme, o perfil bacteriológico se modifica, assim como em idosos e imunossuprimidos ^(2, 12, 13). Outros microorganismos também têm sido relatados como causadores de abscesso tireoidiano em pacientes portadores de AIDS, como *Salmonella tify*, *Haemophilus influenza*, *Escherichia coli* e *Pneumocystis carini* ⁽¹³⁾.

As infecções tireoidianas são potencialmente ameaçadoras à vida, com uma taxa de mortalidade acima de 8,6% para tireoidite bacteriana aguda; entretanto o prognóstico frequentemente depende do pronto reconhecimento e do tratamento adequados ⁽²⁾.

2 DIAGNÓSTICO

2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A Tireoidite Aguda é uma condição rara, geralmente resultante da invasão de algum microorganismo na glândula. Seus sinais e sintomas são os clássicos do processo inflamatório: calor, dor, vermelhidão e edema. Já os sinais especiais estão relacionados com a região acometida, tais como disfagia, disfonia, dor de garganta aguda unilateral anterior, eritema da pele sobrejacente à tireoide e um desejo de manter a cabeça flexionada sobre o tórax, a fim de relaxar os músculos paratraqueais^(5, 12).

2.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O hemograma apresenta leucocitose, que pode estar acompanhada de desvio à esquerda e a velocidade de hemossedimentação (VSG) está elevada em mais de 70% dos pacientes^(12, 13), enquanto a concentração sérica dos hormônios tireoidianos encontra-se dentro dos limites da normalidade. A intensidade da captação do ¹³¹I pela tireoide (RAUI) quase sempre é normal, exceto em raras circunstâncias em que o processo infeccioso compromete a totalidade da glândula, todavia, a imagem cintilográfica revela ausência ou irregularidade na captação do radioisótopo pelo segmento glandular acometido^(2, 4, 5, 12), como áreas de hipocaptação.

Na maioria dos casos, a integridade da função tireoidiana é mantida⁽⁵⁾ com anticorpos antiperoxidase (anti-TPO) e antitiroglobulina (anti-TG), geralmente, indetectáveis. No entanto, quando o comprometimento é difuso, como nos casos de infecções fúngicas ou por micobactérias, bem como nos portadores de doença tireoidiana prévia, pode ocorrer tireotoxicose ou hipotireoidismo^(4, 5).

2.3 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

A ultrassonografia é importante para auxiliar no diagnóstico, principalmente nos casos duvidosos ^(2, 14). Esse método, realizado através de um transdutor de alta frequência, avalia morfológicamente a glândula tireoide no seu tamanho, na forma e ecogenicidade. Desse modo, permite informações adicionais quanto à extensão da doença e, principalmente, quanto ao comprometimento linfonodal ⁽¹⁴⁾.

No mapeamento ultrassonográfico de tireoidites de origem bacteriana, podemos encontrar focos hipoeecogênicos mal definidos, que podem corresponder a áreas de formação de abscessos intraparenquimatosos ⁽¹⁴⁾. A presença da hipoeecogenicidade acentuada, atravessando o parênquima, é característica de um caso clássico de TA ⁽¹⁵⁾. No entanto, somente na fase mais avançada da doença é que se observa ecogenicidade nas imagens, bem como edema de partes moles adjacentes ⁽²⁾.

Outro método disponível para confirmar o diagnóstico é a Ultrassonografia com Doppler em cores, que pode fornecer informações valiosas. Ao mapeamento colorido, as tireoidites geralmente se apresentam mais vascularizadas que o padrão normal da glândula tireoide, o que permite direcionar o diagnóstico ⁽¹⁵⁾.

Outro método disponível é a Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF), seguida do exame citológico, que pode ter papel relevante na confirmação diagnóstica, onde se observam células que confirmem uma reação inflamatória ⁽¹⁴⁾. A PAAF é fundamental para o diagnóstico da TA, tornando-se o teste dominante, evitando, assim, a abordagem cirúrgica ^(16, 17).

A Tomografia Computadorizada (TC) também se tornou valiosa para o diagnóstico, pois mostra a extensão da lesão inflamatória ⁽²⁾.

3 TRATAMENTO

O tratamento é semelhante àquele para qualquer doença infecciosa de causa bacteriana, incluindo sintomáticos e antibiótico-específicos, se o organismo invasor foi identificado e sua sensibilidade à droga, estabelecida. Caso contrário, um antibiótico de largo espectro pode ser usado. A drenagem cirúrgica pode ser necessária e a busca por uma fístula

do seio piriforme deve ser realizada, principalmente em crianças com tireoidite envolvendo o lobo esquerdo ⁽⁵⁾.

O tratamento cirúrgico apresenta duas abordagens distintas: (a) nos pacientes em que não há doença tireoidiana prévia, a drenagem do abscesso é suficiente e (b) naqueles em que houver doença preexistente da tireoide, faz-se necessária a tireoidectomia parcial, englobando o segmento glandular previamente comprometido e o abscesso nele assestado, de modo a tratar simultaneamente ambas as patologias. Deve ser lembrada a necessidade de tratar o foco de origem da infecção tireoidiana ⁽²⁾.

CONCLUSÃO

A taxa de cura da Tireoidite Supurativa Aguda varia entre 90 e 100%, podendo decair a 60% nos pacientes com fístula do seio piriforme que não tenha sido identificada e, portanto, não tenha sido adequadamente tratada no momento crítico ⁽²⁾. Quando identificada, a fístula do seio piriforme requer fistulectomia completa ^(18, 19) associada à tireoidectomia (lobectomia), a fim de evitar recidiva da Tireoidite Supurativa Aguda ⁽²⁾.

O abscesso tireoidiano, complicação da TSA, pode ser causado por disseminação hematogênica de Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAs), porém a possibilidade de fístula faríngea sempre deve ser considerada ⁽²⁰⁾.

Vale ressaltar que é necessário observar os sinais e sintomas da patologia, uma vez que esta é capaz de oferecer risco de vida ao paciente, quando da sua complicação. Sempre que diagnosticada precocemente, seu prognóstico é extremamente favorável.

REFERÊNCIAS

ADLER, M. E.; JORDAN, G.; WALTER, R. M. **Acute Suppurative Thyroiditis:** Diagnostic, Metabolic and Therapeutic Observations. West J. Med, 1978.

BERGER A. S.; ZOUZEIN J.; VILLAMENA P. et al. **Infections diseases of the thyroid gland**. Rev Infect Dis 1983; 5(1):108-22.

BERTELLI, A. et al. Abscesso de tireóide tratado por punção: Relato de caso e revisão da literatura. **Rev Bras Cir. Cabeça Pescoço**, vol. 34, n. 2, São Paulo, mai/dez. 2005.

BRINDA, A.; BRAUNSTEIN, G. D. Thyroiditis. **Am Fam Physician**. 2006, May 15;73 (10): 1769-1776.

BUKVIC, B.; DIKLIC, A.; ZIVALJEVIC, V. **Acute Suppurative Klebsiella Thyroiditis: A Case Report**. Acta Chir Belg. 2009, Mar-Apr;109(2):253-5.

CHAMMAS, M. C. **Ultra-sonografia nas tireoidites**. Radiol Bras 2007; 40 (2): V–VI.

DUNHAM, B.; NICOL, T. L.; ISHII, M.; BASARIA, S. **Suppurative thyroiditis**. Lancet, 2006. Nov 11; 368(9548): 1742.

FARWELL, A. P. **Infectious Thyroiditis**. BRAVERMAN LE, UTIGER RD (eds.). Werner and Ingbar's – The Thyroid. 8th Edition. Philadelphia: Lippincott-Wilkins & Wilkins, 2000, pp. 1044-50.

FONSECA, B. L. C, FERREIRA, J. B, RIBEIRO, C. A. **Ultra-som na Avaliação da Doença Nodular da Tireóide** - Experiência de Um Grupo Multidisciplinar. Arq Bras Endocrinol Metab, v.46, n. 2, São Paulo, Apr. 2002.

GEVA, T.; THEODOR, R. **Atypical presentation of subacute thyroiditis**. Arch Dis Child 1988; 63:845-846 doi:10.1136/adc.63.7.845

LAZARUS, J.H. **Acute and Subacute Thyroiditis**. Revised September 2009. Disponível em: <<http://www.thyroidmanager.org/Chapter19/chapter19.html>>. Acesso em: 29 mai. 2010.

MARTIN DEL REY R.; ORTI MARTIN A.; GREGORI ROIG P et al. **Pyriiform sinus fistulae**. An Esp Pediatr 2002; 56(2):185-8.

PAES, J. E.; BURMAN, K. D.; FRANKLYN, J.; McHENRY, CR; SHOHAM, S.; KLOOS, RT. **Acute bacterial suppurative thyroiditis: a clinical review and expert opinion**. Thyroid, 2010. Mar; 20(3):247-55.

PARK, S-W; HAN, M. H; SUNG, M. H.; KIM, I-O; KIM, K. H.; CHANG, K. H., HAN, M. C. **Neck Infection Associated with Piriform Sinus Fistula: Imaging Findings.** *American Journal of Neuroradiology*, 2000.

PEDREIRA, A. V.; CATHALÁ, S. M. D.; TAVARES, H. C.; FERNANDES, F. J. F.; SILVA, C. I. S. **Tireoidite bacteriana supurativa.** Relato de caso e revisão da literatura. *Radiol Bras* 2002; 35(6):377.379.

PIRES, M. L. E; IGLESIAS, A. C. R. G. Tireoidite aguda. CBM. **Cadernos Brasileiros de Medicina**, v. XV, p. 45-59, 2002.

TORRES, M. R. S.; MEDEIROS, C. C. M.; NOBREGA, S. H. N.; SOUZA, L. S.; RODRIGUES, M. L. C; SILVA, M. N. M.; MAIOR, L. H. C. S.; AVELINO, M. C. MOURÃO, G. T. F. **Forma atípica de tireoidite supurativa aguda em paciente pediátrico:** relato de caso. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, v.52, n. 4, São Paulo, June 2008.

TORRES, M. R.; ROSAS, R. J.; LEON, E. P. Jr.; NÓBREGA, S. H. N.; GURGEL, L. C.; VIEIRA, K. N.; ALMEIDA, J. J. B. C.; D'OLIVEIRA, A. Jr. **Punção de tireóide:** valor da associação de duas técnicas. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, v.47, n. 6, São Paulo, Dec. 2003.

YAMADA H.; FUJITA K.; TOKURIKI T. et al. **Nine cases of piriform sinus fistula with acute suppurative thyroiditis.** *Auris nasus Larynx*, 2002; 29 (4):361.

YAMASHIROL, I.; SAITOLL, O. C.; CHAMMASLL, M. C.; CERRI, G., G. **Achados ultra-sonográficos na tireoidite.** *Radiol Bras.*, v.40, n. 2, São Paulo Mar./Apr. 2007.