

TIREOIDITE BACTERIANA SUPURATIVA – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA*

Adriana Vieira Pedreira¹, Sônia Margarida Duarte Cathalá², Heleno Cabral Tavares², Francine Judith Freitas Fernandes¹, Cleonice Isabela Santos Silva³

Resumo Neste trabalho é apresentado um caso de tireoidite bacteriana aguda em um criança lúpica de nove anos de idade, em que o diagnóstico precoce foi imprescindível pela gravidade do quadro. Em seguida é apresentada uma revisão da literatura sobre o assunto.

Unitermos: Tireoidite bacteriana; Lúpus eritematoso sistêmico; Ultra-sonografia – criança.

Abstract *Acute suppurative thyroiditis – a case report and review of the literature.*

We present the case of a 9-year-old girl with acute suppurative thyroiditis and systemic lupus erythematosus. Early diagnosis was crucial for the outcome of the patient due to the severity of the disease. A review of the literature is also presented.

Key words: Acute suppurative thyroiditis; Systemic lupus erythematosus; Ultrasonography – children.

RELATO DO CASO

Paciente de nove anos de idade, do sexo feminino, com história de aumento do volume das regiões ântero-laterais do pescoço há quatro semanas, associada a artralgia em mãos e punhos, palidez e febre, tendo feito uso de antibioticoterapia sem melhora, e evoluindo com progressão da tumoração. Ao exame físico, criança em precário estado geral e nutricional, peso de 22 kg e altura de 1,36 m (IMC = 11,9), com manchas hipocrômicas na face e pele descamativa.

A ultra-sonografia da região cervical revelou volumosa formação cística, de configuração simétrica, em correspondência topográfica da glândula tireóide, promovendo deslocamento dos vasos cervicais (Figuras 1 e 2). A formação, de aspecto multiloculado e de paredes anfractuadas, continha líquido espesso com abundantes “débris” em suspensão, e substrato de maior ecogenicidade de tecido tireoidiano remanescente (Figuras 3A, 3B e 4). Não havia evidências de linfonodomegalia cervical. Os lobos e o istmo mediam, respec-

tivamente, $9,5 \times 4,8 \times 3,9$ cm ($92,5$ cm³) à direita, $8,8 \times 5,4 \times 6,4$ cm ($158,2$ cm³) à esquerda e $4,0 \times 4,8 \times 2,8$ cm (28 cm³). O volume glandular era igual a $278,7$ cm³

(Figura 5). A impressão diagnóstica foi de tireoidite bacteriana supurativa.

A cintilografia, realizada no sétimo dia pós-drenagem, mostrou tireóide normal



Figura 1. Ultra-sonografia linear, corte transverso, mostrando volumosa formação cística anterior à traquéia.

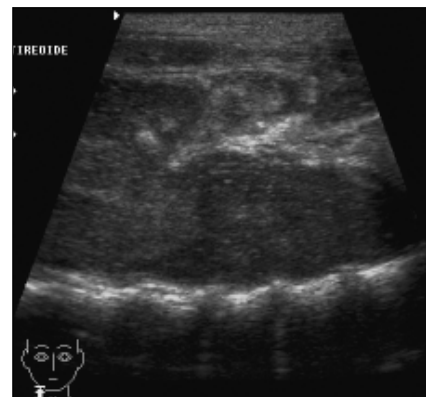
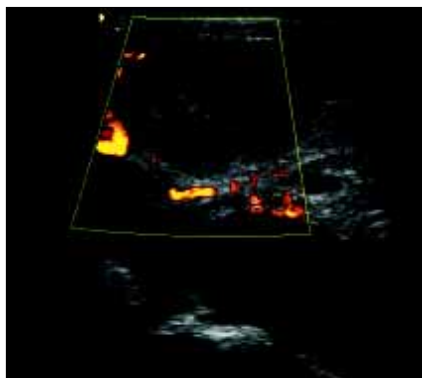
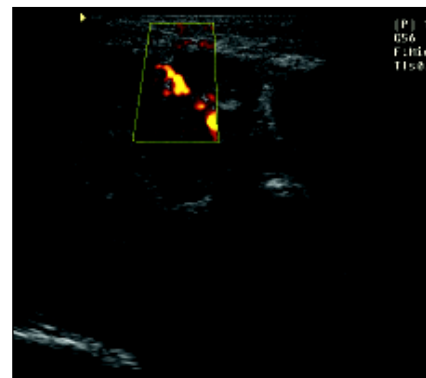


Figura 2. Ultra-sonografia linear com corte longitudinal do lobo direito tireoidiano.



A



B

Figura 3. Ultra-sonografia linear com “power” Doppler evidenciando vascularização nas imagens de maior ecogenicidade, sugestivas de tecido tireoidiano remanescente.

* Trabalho realizado no Hospital São Rafael (HSR), Salvador, BA.

1. Médicas Residentes de Radiologia do HSR.

2. Médicos Radiologistas do HSR.

3. Médica Cursista de Radiologia do HSR.

Endereço para correspondência: Dra. Adriana Vieira Pedreira. Rua Carmen Miranda, 52/101, Pituba. Salvador, BA, 41820-230. E-mail: adrivieira@hotmail.com

Recebido para publicação em 27/2/2002. Aceito, após revisão, em 12/9/2002.

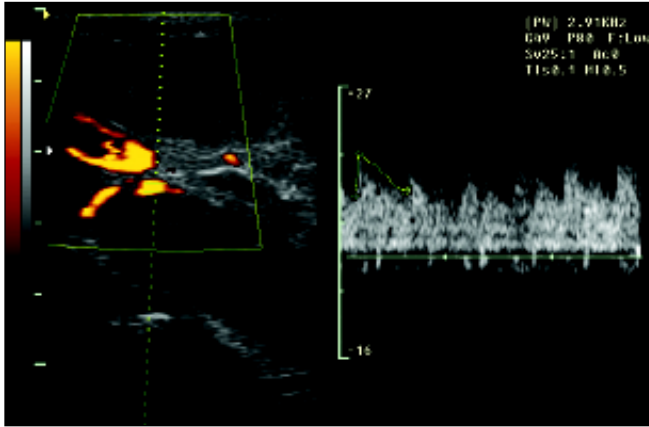


Figura 4. Ultra-sonografia linear com “power” Doppler, cuja análise espectral revelou fluxo arterial de baixa resistência.

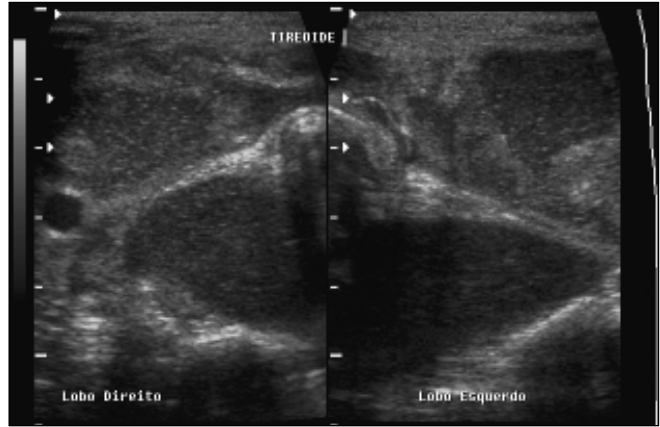


Figura 5. Ultra-sonografia linear, corte transverso, mostrando os lobos tireoidianos aumentados de volume, com abundantes ecos em suspensão.

para a idade da paciente e biotipo, com lobos ligeiramente deformados. A distribuição do radiotraçador fez-se de forma irregular pelo parênquima tireoidiano, observando-se dois focos simétricos de baixa concentração radioisotópica, na metade inferior de cada um de seus lobos.

À ultra-sonografia de abdome total observou-se hepatomegalia homogênea e moderada ascite, além de volumoso derrame pleural no hemitórax esquerdo com septações de perneio.

Da punção tumoral cervical, obteve-se aproximadamente 260 ml de secreção purulenta espessa (Figura 6), de cuja cultura se isolou *Streptococcus aureus* sensível a oxacilina. Quanto à toracocentese, foram havidos 330 ml de líquido hemorrágico, com pesquisa negativa para células neoplásicas. A investigação para doenças do colágeno revelou fator antinúcleo positivo, 1:1.240, compatível com o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES).

A ultra-sonografia de controle revelou redução significativa do volume da glândula tireóide, restando pequena quantidade daquela secreção espessa em ambos os lobos da tireóide (Figuras 7, 8 e 9).



Figura 6. Pós-operatório imediato. Presença de dreno na face anterior do pescoço, com material purulento esverdeado no curativo.



Figura 7. Ultra-sonografia de controle, corte transverso.

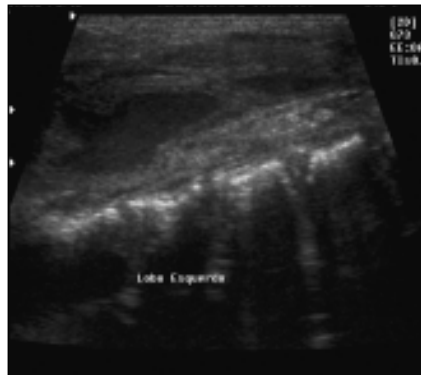


Figura 8. Ultra-sonografia de controle, corte longitudinal do lobo esquerdo.

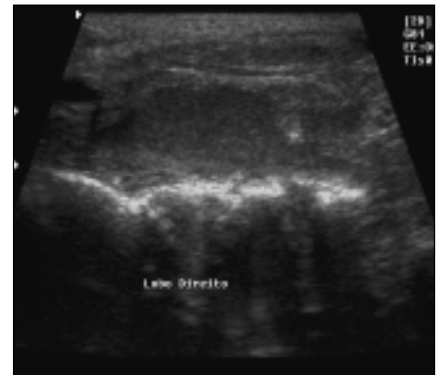


Figura 9. Ultra-sonografia de controle, corte longitudinal do lobo direito.

DISCUSSÃO

As tireoidites compõem um grupo heterogêneo de doenças inflamatórias da tireóide, de etiologias as mais variadas. A tireoidite de Hashimoto, a pós-parto e a silenciosa têm patogênese auto-imune, com aspecto ultra-sonográfico de hipocogenicidade difusa ou focal, ora com hipo ou eu-

tireoidismo, ora com tireotoxicose transitória. Entre as inflamatórias, temos a tireoidite subaguda, de origem viral, e a tireoidite aguda, de origem bacteriana: a primeira, dolorosa, com múltiplas áreas hipocóicas migratórias maldefinidas, e a segunda, uma

doença rara e séria, com marcada hipocogenicidade. A tireoidite de Riedel é uma doença inflamatória crônica, rara também e de etiologia desconhecida, caracterizada por densa fibrose tireoidiana, por vezes com hipocogenicidade importante⁽¹⁾.

Recentemente, vem-se relatando a ocorrência de tireoidite auto-imune, no curso de outras doenças auto-imunes, havendo sido proposto classificá-la em um subgrupo comum de síndrome poliglandular auto-imune. Mihailova *et al.*⁽²⁾ descreveram a ocorrência de tireoidite auto-imune em 27 crianças com artrite reumatóide juvenil e 12 com LES, com idades entre 5 e 18 anos e na fase ativa da doença. Distúrbio da função tireoidiana foi observado em 8 das 12 crianças com LES (66,7%); os hormônios T3, T4 e TSH estavam no limite da normalidade. Existe também relato de associação de tireoidite, doença de Addison, falência ovariana e doença celíaca em uma paciente jovem do sexo feminino⁽³⁾. Além dessas associações, há indícios de que a interrupção de um tratamento com corticóide pode exacerbar transitoriamente a síndrome poliglandular auto-imune, como no caso de uma paciente que cursou com hepatite auto-imune, hipocortisolismo (por provável hipofisite auto-imune) e hipotireoidismo (por tireoidite de Hashimoto), ao cessar o uso de prednisolona (5 mg/diários) para tratamento de uveíte⁽⁴⁾.

A tireoidite supurativa aguda é uma entidade distinta, muito rara, freqüentemente relatada em anormalidades congênitas como fendas branquiais, fístulas do seio piriforme⁽⁵⁾ ou imunodeficiência. O

caso relatado neste trabalho é de uma paciente desnutrida com quadro de doença auto-imune sistêmica, inicialmente com tireoidite de etiologia auto-imune, que evoluiu com infecção secundária, passando a ser uma tireoidite francamente supurativa.

A escolha da investigação diagnóstica pode ser um dilema nesta doença incomum, grave, com terapia própria e relativamente urgente. Em adultos, ainda que o aspecto ultra-sonográfico e os dados clínicos sugiram a etiologia da tireoidite, a punção aspirativa por agulha fina pode ter papel relevante na confirmação diagnóstica. A literatura⁽⁶⁾ relata um caso de metástases tireoidianas bilaterais de carcinoma ductal de mama, manifestando-se após longo intervalo livre de doença; os achados ultra-sonográficos simulavam tireoidite aguda – estruturas císticas adjacentes a nódulos. A biópsia aspirativa por agulha fina foi decisiva para o diagnóstico, evitando o procedimento cirúrgico. Outros autores recomendam, quando os dados clínicos e ultra-sonográficos não são característicos, considerar a resposta à antibioticoterapia mais confiável que o aspecto morfológico ou o resultado microbiológico⁽⁷⁾. Tomasi *et al.*⁽⁷⁾ relatam o caso de uma criança do sexo feminino de seis anos de idade, com quadro clínico e ultra-sonográfico, a princípio “borderline”, cuja biópsia aspirativa por

agulha fina não revelou leucócitos nem bactérias, afastando a impressão diagnóstica inicial de tireoidite aguda e conduzindo à instituição inoportuna de tratamento com corticóide. No nosso caso, de aspecto ultra-sonográfico supurativo bem caracterizado, a opção foi drenagem cirúrgica, com boa evolução após o procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Vitti P, Rago T, Barbesino G, Chiovato L. Thyroiditis: clinical aspects and diagnostic imaging. *Rays* 1999;24:301–14.
2. Mihailova D, Grigorova R, Vassileva B, *et al.* Autoimmune thyroid disorders in juvenile chronic arthritis and systemic lupus erythematosus. *Adv Exp Med Biol* 1999;455:55–60.
3. Valentino R, Savastano S, Tomaselli AP, *et al.* Unusual association of thyroiditis, Addison's disease, ovarian failure and celiac disease in a young woman. *J Endocrinol Invest* 1999;22:390–4.
4. Nagai Y, Ieki Y, Ohsawa K, Kobayashi K. Simultaneously found transient hypothyroidism due to Hashimoto's thyroiditis, autoimmune hepatitis and isolated ACTH deficiency after cessation of glucocorticoid administration. *Endocr J* 1997;44:453–8.
5. Ballesteros A, Martín G, Lassaletta L, Melchor MA, Alvarez Vicent JJ. Acute suppurative thyroiditis secondary to fistula of the pyriform sinus. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1998;49:663–6.
6. Ferrara G, Ianiello GP, Nappi O. Thyroid metastases from a ductal carcinoma of the breast. A case report. *Tumori* 1997;83:783–7.
7. Tomasi PA, Piga S, Teclene P, Fanciulli G, Delitala G. Acute thyroiditis in a child: misleading result of fine-needle aspiration biopsy. *Horm Res* 2000;54:101–3.