Tireoidite supurativa aguda em paciente pediátrico

Acute suppurative thyroiditis in pediatric patient

Monica Wagner[1], Rodrigo Horstmann Castilhos[2], Cristiano do Amaral de Leon[3], Rejane Fialho Matias Lopes[4], César Geremia[5]

RESUMO

A tireoidite supurativa aguda (TSA) é uma condição rara, potencialmente ameaçadora da vida, que acomete geralmente mulheres na idade adulta, sendo mais comum em pacientes com doença tireoideana pré-existente. Os autores apresentam o caso de uma paciente pediátrica, previamente hígida, com quadro clínico e exames complementares sugestivos de TSA durante sua internação no Hospital Universitário da Universidade Luterana do Brasil.

UNITERMOS: Tireoidite Supurativa, Pescoço/Patologia, Diagnóstico por Imagem, Criança.

ABSTRACT

Acute suppurative thyroiditis (AST) is a rare life-threatening condition that usually affects women in adulthood, being more common in patients with pre-existing thyroid disease. The authors report the case of a previously healthy pediatric patient with clinical and laboratory tests suggestive of AST during her hospitalization at the University Hospital of the Lutheran University of Brazil.

KEYWORDS: *Suppurative Thyroiditis, Neck/Pathology, Diagnostic Imaging, Child.*

INTRODUÇÃO

A tireoidite supurativa aguda, também denominada tireoidite piogênica ou tireoidite infecciosa, é uma entidade incomum, geralmente de origem bacteriana e uma emergência endocrinológica potencialmente ameaçadora da vida (1, 2). Representa 0,1 a 0,7% de todas as doenças da tireoide (1), apresentando uma incidência extremamente baixa em hospitais de atendimento terciário (3, 4). A infecção se dissemina para a tireoide de maneira direta, por meio de estruturas adjacentes, ou à distância, por via hematogênica ou linfática. Em pacientes pediátricos, raramente acometidos (2), os principais fatores predisponentes são as anomalias congênitas, como a persistência do ducto tireoglosso e a fístula do seio piriforme. Estas se apresentam com acometimento tireoideano unilateral esquerdo em 86,6% dos casos (5) e, eventualmente (25%) (6), com recorrência do quadro infeccioso. Em pacientes adultos, o principal fator predisponente, encontrado em 50-70% dos casos, é a pré-existência de uma doença tireoideana, situação na qual o processo infeccioso envolve apenas a área previamente doente da glândula (7). Menos comumente, observa-se a disseminação de uma infecção oriunda de vias aéreas superiores (4, 8). Os germes mais frequentemente isolados

[1] Acadêmica de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).
[2] Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).
[3] Médico pediatra e Professor Assistente de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).
[4] Médica pediatra.
[5] Médico endocrinologista pediátrico e Professor Adjunto de Fisiologia do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

são o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus pyogenes* (2, 4, 9). As manifestações clínicas mais comuns são dor na região cervical anterior, aumento de volume da tireoide (uni ou bilateral), odinofagia, disfagia e sinais de compressão local, podendo ou não haver febre (2, 3, 4, 10). O diagnóstico de abscesso é baseado nos achados do exame físico, dos exames laboratoriais e de imagem (11). Deve ser utilizada antibioticoterapia empírica com cobertura adequada. A instituição precoce do tratamento pode prevenir na maioria dos casos a progressão para supuração, a qual, uma vez presente, indica a necessidade de drenagem cirúrgica (2). A investigação da presença de fístula do seio piriforme é mandatória em casos de acometimento unilateral esquerdo em crianças, a qual, se diagnosticada, deve ser corrigida em um segundo momento (11).

RELATO DE CASO

Paciente de 10 anos, feminina, estudante da quarta série do Ensino Fundamental, natural e procedente de Canoas, procurou o pronto atendimento do Hospital de Pronto-Socorro de Canoas, acompanhada de sua mãe, referindo surgimento de nódulo na região cervical anterior havia uma semana. Havia dois dias apresentava odinofagia, disfagia (inicialmente para sólidos e, posteriormente, para líquidos) e dor na região anterior do pescoço associada à otalgia esquerda durante o primeiro dia dos sintomas. Negava episódios semelhantes prévios. Vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança em dia, história de rinite alérgica, sem outras comorbidades ou internações prévias. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, com mucosas úmidas e coradas, afebril, eupneica. Oroscopia sem particularidades. À palpação da região cervical, notou-se uma massa endurecida e dolorosa, à esquerda da linha média, anteriormente, com tamanho aproximado de duas polpas digitais e discreta adenopatia cervical ipsilateral. Ausculta pulmonar e cardíaca normais, exame abdominal sem particularidades. O hemograma revelou hemoglobina de 13,5 g/dl, hematócrito de 39,8%, leucograma com 26.710 leucócitos/μL com 69% de neutrófilos segmentados e presença de formas jovens (5% de bastões) e 423.000 plaquetas/μL. Ecografia da região cervical com imagem nodular heterogênea medindo aproximadamente 3,4 x 3,1 x 2,7 cm, localizada entre a traqueia e os grandes vasos cervicais esquerdos, em continuidade ou contiguidade com o lobo esquerdo da tireoide, determinando desvio da traqueia para a direita e dos grandes vasos para a esquerda, observando-se também alguns linfonodos cervicais anteriores adjacentes, o maior medindo 1,5 x 0,6 cm. Com base nos dados clínicos e laboratoriais, levantou-se a hipótese diagnóstica de tireoidite aguda e iniciou-se antibioticoterapia empírica intravenosa com ampicilina/sulbactam na sala de observação do serviço de pronto atendimento. Após a primeira dose, a paciente apresentou um pico febril. No dia seguinte, foi transferida ao Hospital Universitário – ULBRA para melhor tratamento e elucidação diagnóstica, onde foi feita uma avaliação endocrinológica que ratificou a hipótese diagnóstica de tireoidite supurativa aguda. Manteve-se a antibioticoterapia com cobertura para Gram-positivos. No dia seguinte à internação, os exames laboratoriais revelaram hemoglobina de 11,6 g/dl, hematócrito de 34,6%, leucograma com 15.250 leucócitos/μL com 41,2% de neutrófilos e presença de formas jovens (4%), TSH 0,016 μUI/ml e T4 livre 1,96 ng/dL. Após três dias de internação, novos exames laboratoriais demonstraram hemoglobina de 11,8 g/dl, hematócrito de 35,7%, leucograma com 5.070 leucócitos/μL, sem presença de formas jovens, VSG de 46 mm/h e proteína C reativa (PCR) < 5,0 mg/L. Os exames de função tireoideana mantiveram-se semelhantes. Com



FIGURA 1 – Discreto abaulamento em região cervical esquerda, após cinco dias de internação no Hospital Universitário.

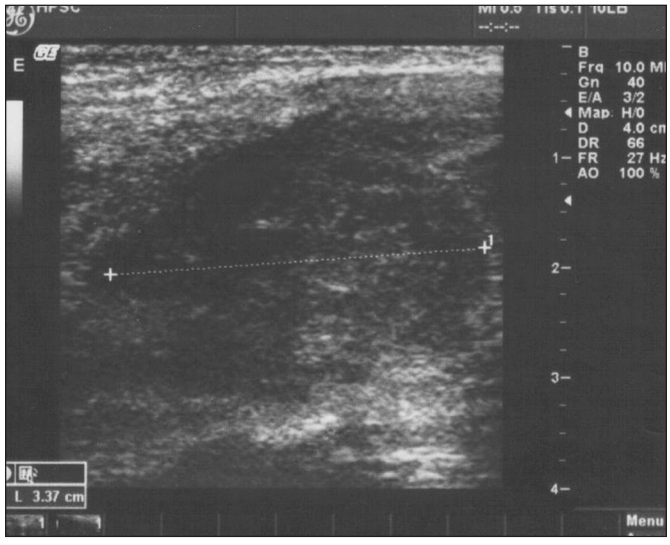


FIGURA 2 – Ultrassonografia da região cervical demonstrando imagem nodular heterogênea medindo aproximadamente 3,4 x 3,1 x 2,7 cm, localizada entre a traqueia e os grandes vasos cervicais esquerdos, em continuidade ou contiguidade com o lobo esquerdo da tireoide, determinando desvio da traqueia para a direita e dos grandes vasos para a esquerda.

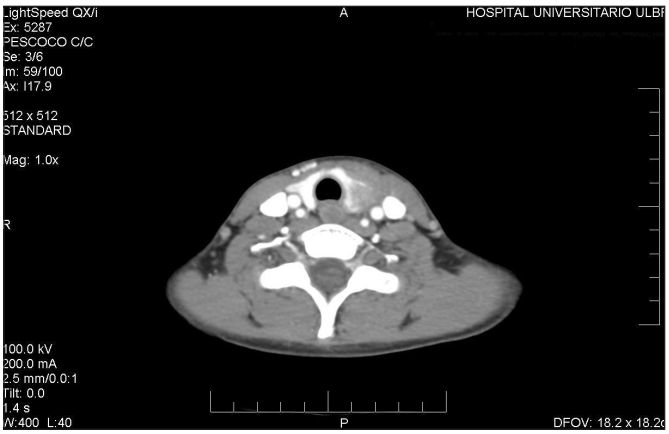


FIGURA 3 – Tomografia computadorizada evidenciando processo tumefacente com impregnação heterogênea ao meio de contraste e indefinição dos planos gordurosos adjacentes, sugerindo processo inflamatório infeccioso em situação parafaríngea esquerda em continuidade com lobo da tireoide, sem sinais de coleções epicedidas ou de outras alterações significativas, ausência de linfonodomegalia e amplitude da laringe preservada.

cinco dias de internação, a paciente não apresentava mais odinofagia, disfagia ou dor local. Ao exame físico, notou-se diminuição do nódulo. Foi realizada nova ecografia da região cervical, na qual se evidenciou a persistência do aumento do lobo esquerdo da tireoide devido à presença de imagem nodular heterogênea em quase toda a sua extensão, medindo aproximadamente 2,8 x 1,1 x 2,6 cm, com presença de alguns linfonodos regionais e sem desvio da traqueia. Neste dia, também foi realizada tomografia computadorizada da região cervical, que demonstrou processo tumefacente com impregnação heterogênea ao meio de contraste e indefinição dos planos gordurosos adjacentes, sugerindo processo inflamatório infeccioso em situação parafaríngea esquerda em continuidade com lobo da tireoide, sem sinais de coleções epicedidas, ausência de linfonodomegalia e amplitude da laringe preservada. Após sete dias de internação, apresentando boa evolução clínica e laboratorial, a paciente recebeu alta hospitalar com plano de completar o tratamento com antibioticoterapia oral por mais sete dias e de investigar a possibilidade de uma fístula do seio piriforme ambulatorialmente no serviço de cirurgia pediátrica.

DISCUSSÃO

As tireoidites compõem um grupo heterogêneo de doenças inflamatórias da tireoide, de etiologias variadas (12). A tireoidite supurativa aguda é uma patologia que apresenta uma incidência muito baixa (3), principalmente devido a mecanismos de proteção da tireoide, como amplo suprimento sanguíneo e linfático, proteção anatômica exercida por sua cápsula e alta concentração de iodo no parênquima tireoideano, que possivelmente apresenta ação bactericida (4, 8). Exceto por trauma direto da glândula, as vias de infecção são a hematogênica, sobretudo em imunocomprometidos e adultos, a linfática e as fístulas internas, congênitas, que podem ser originadas do seio piriforme, dos cistos branquiais ou da persistência do ducto tireoglosso (3, 8). Na infância, a causa mais comum de tireoidite supurativa é uma fístula que se estende do seio piriforme até a cápsula da tireoide, acometendo particularmente o lobo esquerdo da glândula, geralmente de forma recidivante (3, 4, 5, 6). Em algumas ocasiões, como na presença de doença tireoideana pré-existente, ambos os lobos podem estar acometidos (3, 4, 10). A etiologia mais comum é a bacteriana (68%), sendo também encontrados outros agentes como fungos e micobactérias (13). O germe mais comumente isolado é o *Staphylococcus aureus*, seguido pelo *Streptococcus pyogenes, Streptococcus epidermidis* e *Streptococcus pneumoniae* (2, 4, 9).

As manifestações clínicas da tireoidite supurativa aguda são dor na região cervical anterior e aumento de volume no lobo afetado ou em toda a glândula tireoide. Estas manifestações podem ser acompanhadas por odinofagia, disfagia e sinais de compressão local, podendo ou não apresentar febre, eritema na região da glândula e adenopatia regional (2, 3, 4, 10). A flexibilidade do pescoço é reduzida devido à gravidade da dor, que piora com a hiperextensão do pescoço. O paciente pode não reconhecer no início do quadro a sensibilidade dolorosa na região tireoideana devido à tendência de apresentação de dor referida na faringe ou orelha.

O diagnóstico se confirma através de exames laboratoriais e de imagem. Os níveis séricos de tiroxina (T4), triiodotironina (T3) e do hormônio estimulante da tireoide (TSH) são geralmente normais (2, 4). Entretanto, os testes de função tireoideana podem aumentar moderadamente em cerca de 25% dos pacientes pela liberação de hormônios pela glândula inflamada. Aproximadamente metade dos pacientes apresenta manifestações clínicas de hipotireoidismo durante o curso da tireoidite (2). Leucocitose, aumento da velocidade de sedimentação globular (VSG) e proteína C reativa (PCR) estão geralmente presentes. A ultrassonografia (US) da região cervical pode auxiliar no diagnóstico ao revelar edema unilobular e formação de abscesso. Neste caso, permite drenagem por punção aspirativa guiada, fornecendo material para cultura e identificação do germe envolvido. Outra possibilidade é a avaliação da extensão do abscesso para estruturas contíguas, definindo sua anatomia para os casos em que a exploração cirúrgica é planejada (14). A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância nuclear magnética (RNM) geralmente não são necessárias, a menos que a ultrassonografia não tenha tido sucesso em estabelecer o diagnóstico, ou se o curso clínico sugerir extensão do abscesso tireoideano para outras áreas, como o mediastino. Neste caso, foi solicitada a TC devido a indisponibilidade inicial da US para reavaliação do nódulo, além de este exame poder mostrar uma possível fístula. A US e a TC também podem ser utilizadas para excluir a possibilidade de abscesso cervical fora da cápsula da glândula tireoide. A cintilografia nem sempre visualiza a glândula com inflamação difusa, embora uma área fria ou áreas de captação desigual possam estar presentes, com

localização ou envolvimento menos grave. A radiografia da região cervical pode evidenciar edema de tecidos moles e desvio ou compressão da traqueia (2). Particularmente em crianças com acometimento do lobo esquerdo da glândula tireoide, a esofagografia contrastada pode fazer o diagnóstico de fístula do seio piriforme.

A terapia tradicionalmente empregada para a tireoidite supurativa tem sido a cirurgia (tireoidectomia parcial, total ou drenagem cirúrgica) combinada com terapia antibiótica direcionada ao germe causador (4, 6). Apesar de terem existido por várias décadas relatos descrevendo abordagens cirúrgicas como base do tratamento, estudos recentes parecem favorecer o manejo com a utilização de antibióticos intravenosos, sem recorrer à cirurgia (1, 2, 15).

COMENTÁRIOS FINAIS

O presente relato ilustra um caso incomum de dor na região cervical, com quadro clínico e exames complementares sugestivos de tireoidite supurativa aguda. Apesar de raro, salientamos que este diagnóstico não deve ser esquecido na prática diária. Neste caso, utilizou-se a antibioticoterapia isolada intravenosa como tratamento, não havendo necessidade de intervenção cirúrgica na fase aguda da doença. A evolução satisfatória da paciente, com melhora dos sintomas e redução gradual do nódulo na região cervical, corrobora com a tendência atual de recomendação do manejo clínico com antibióticos intravenosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paes JE, Burman KD, Cohen J, Franklyn J, McHenry CR, Shoham S, et al. Acute bacterial suppurative thyroiditis: a clinical review and expert opinion. Thyroid. 2010;20(3):247-255.
2. Brook I. Microbiology and management of acute suppurative thyroiditis in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2003;67:447-451.
3. Brent GA, Larsen PR, Davies TF. Hypothyroidism and thyroiditis. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR. Williams textbook of endocrinology, 11 ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008:403-403.
4. Torres MRS, Medeiros CCM, Nobrega Neto SH, Souza LS, Rodrigues MLC, Silva MNM, et al. Forma atípica de tireoidite supurativa aguda em paciente pediátrico: relato de caso. Arq Bras Endocrinol Metab. 2008;52(4):701-706.
5. Chi H, Lee YJ, Chiu NC, Huang FY, Huang CY, Lee KS, et al. Acute suppurative thyroiditis in children. Pediatr Infect Dis J. 2002;21(5):384-387.
6. Sai Prasad TR, Chong CL, Mani A, Chui CH, Tan CE, Tee WS, et al. Acute suppurative thyroiditis in children secondary to pyriform sinus fistula. Pediatr Surg Int. 2007;23(8):779-783.
7. Singer PA. Thyroiditis: acute, subacute and chronic. Med Clin North Am. 1991;75(1):61-77.
8. Sicilia V, Mezitis S. A case of acute suppurative thyroiditis complicated by thyrotoxicosis. J Endocrinol Invest. 2006;29(11):997-1000.
9. Hay ID. Thyroiditis: a clinical update. Mayo Clin Proc. 1985;60:836-843.
10. Pedreira AV, Cathalá SMD, Tavares HC, Fernandes FJF, Silva CIS. Tireoidite bacteriana supurativa: relato de caso e revisão de literatura. Radiol Bras. 2002;35(6):377-379.
11. Astl J, Kuchynková Z, Taudy M, Betka J. Thyroid abscess at an adolescent age. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2003;67(12):1375-1378.
12. Dunham B, Nicol TL, Ishii M, Basaria S. Suppurative thyroiditis. Lancet. 2006;368(9548):1742.
13. Braverman LE, Utiger RD. Werner and Ingbar's the thyroid, 8 ed. Philadelphia: Lippincott-Wiliams & Wilkins; 2000.
14. Naik KS, Bury RF. Imaging the thyroid. Clin Radiol. 1998;53:630-639.
15. Slatosky J, Shipton B, Wahba H. Thyroiditis: differential diagnosis and management. Am Fam Phys. 2000;61:1047-1052.

✉ Endereço para correspondência
Monica Wagner
Av. Independência, 479/309
95.020-460 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 9707-8933
mwmedicina@yahoo.com.br

Recebido: 22/3/2011 – Aprovado: 12/5/2011