

# TIROIDITE SUPURATIVA AGUDA

## ACUTE SUPPURATIVE THYROIDITIS

RICARDO SOUTO<sup>1</sup>, MARGARIDA FERREIRA<sup>1</sup>, LÍLIA FRADA<sup>2</sup>, ISABEL NASCIMENTO<sup>3</sup>,  
ANTÓNIO PARAMEZ<sup>4</sup>, JOÃO CORTE REAL<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Médico Assistente Hospitalar em Cirurgia Geral do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

<sup>2</sup> Aluna de Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Lisboa

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar Graduada de Cirurgia Geral do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

<sup>4</sup> Assistente Hospitalar Graduado Sênior de Cirurgia Geral do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

### RESUMO

A tiroidite supurativa aguda é uma doença extremamente rara de natureza infecciosa não viral. Na maioria dos casos a infecção é de origem bacteriana. Tradicionalmente, o tratamento tem consistido em antibioterapia dirigida associado a drenagem cirúrgica. Existem, no entanto, relatos recentes de casos submetidos apenas a tratamento conservador. Apresenta-se um caso clínico de tiroidite supurativa aguda num adulto, resolvido com terapêutica não invasiva.

*Palavras-chave:* Tiroidite; Supurativa; Bacteriana; Infecciosa.

### ABSTRACT

Acute suppurative thyroiditis is an extremely rare non-viral infectious disorder, mostly of bacterial origin. The treatment typically consists of antibiotics and surgical drainage. However, recent reports have suggested that conservative management may suffice in selected cases. We present a case of acute suppurative thyroiditis managed with non-invasive therapy only.

*Key words:* Thyroiditis; Suppurative; Bacterial; Infectious.

### INTRODUÇÃO

Inicialmente descrita por Bauchet em 1857<sup>1</sup>, a tiroidite supurativa, infecciosa, bacteriana ou piogénica aguda (TSA) é uma doença rara, de etiologia infecciosa não viral<sup>2</sup> e potencialmente fatal<sup>3</sup>. Globalmente, perfaz apenas 0,1-0,7% de toda a patologia da tiróide<sup>1</sup>, mas a sua prevalência tem vindo a aumentar nas últimas décadas, possivelmente devido ao maior número de doentes imunodeprimidos<sup>3</sup>.

A TSA ocorre de forma idêntica em ambos os sexos<sup>3</sup> e surge mais frequentemente na população pediátrica (92% dos doentes)<sup>5</sup> devido à maior prevalência de alterações anatómicas predisponentes, em particular, as fístulas do seio piriforme<sup>3</sup>. No adulto o principal mecanismo de infecção é a via hematogena ou linfática a partir de um foco respiratório<sup>4</sup>.

Tradicionalmente, o tratamento da TSA tem consistido em cirurgia (drenagem cirúrgica ou tiroidectomia parcial/total) associado a antibioterapia<sup>1</sup>.



Contudo, a adopção de métodos de drenagem menos invasivos<sup>2</sup>, ou mesmo a antibioterapia isolada, têm sido relatados, recentemente, como métodos terapêuticos igualmente eficazes<sup>1</sup>.

A pertinência do caso a seguir relatado prende-se, fundamentalmente, com a invulgaridade da doença em causa e com o sucesso da estratégia terapêutica adoptada.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Uma doente de 87 anos é admitida no serviço de urgência (SU) por febre, tremores e dor abdominal com 1 dia de evolução. Como antecedentes referia diabetes não-insulino-tratada, bradidisritmia, litíase biliar e hipertensão arterial. A medicação habitual consistia em lansoprazol, gliclazida, furosemida, losartan, digoxina e ácido acetilsalicílico. Não referia alergias medicamentosas.

Ao exame objectivo encontrava-se febril (38,4°C), eupneica, orientada e hemodinamicamente bem. Na face anterior do pescoço era evidente uma tumefacção volumosa, discretamente dolorosa, mas sem outros sinais inflamatórios. A auscultação cardiopulmonar não revelava alterações. A palpação abdominal despertava alguma dor no epigastro, mas sem sinais de irritação peritoneal e sem sinal de Murphy vesicular.

Na avaliação laboratorial destacava-se leucocitose (26200/ $\mu$ L) com neutrofilia (22770/ $\mu$ L), elevação da proteína C reactiva (PCR) – 14,5 mg/dL, bilirrubina total – 2,5 mg/dL e bilirrubina directa – 0,8 mg/dL. Os restantes parâmetros hepáticos e a amilasemia encontravam-se normais.

A avaliação imagiológica consistiu em radiografia de abdómen em pé, que não revelou alterações relevantes, e ecografia abdominal, onde se documentou litíase da vesícula biliar sem alterações evocativas de inflamação vesicular aguda, dilatação das vias biliares ou líquido livre intraperitoneal. A ecografia foi complementada por colangio-ressonância magnética 2 dias após a admissão, que não revelou quaisquer achados adicionais.

Por suspeita de colangite foi proposto internamento e iniciada antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. No primeiro dia, apesar da melhoria da pirexia e dos sintomas abdominais, constatou-se um agravamento da dor cervical e a instalação de disfagia para líquidos. Apresentava também uma respiração ruidosa, rubor, dor e calor associados à tumefacção cervical, previamente inexistentes. Neste contexto, foram efectuadas laringoscopia e ecografia cervical. A primeira revelou apenas alguma desidratação da mucosa orofaríngea e estase salivar. A ecografia evidenciou uma área infiltrativa hipoeocénica dispersa em ambos os lobos da tiroide bem como um nódulo do lobo esquerdo, de contornos bem definidos, com 20mm de maior diâmetro. Foram efectuadas punções aspirativas por agulha fina (AAF) com obtenção de material para exames bacteriológico e citológico. No exame cultural foi isolado um *Streptococcus milleri* sensível à penicilina. O exame citológico revelou-se rico em neutrófilos e linfócitos, compatível com o diagnóstico de tiroidite bacteriana aguda. A avaliação laboratorial da função tiroideia não revelou alterações.

Perante estes resultados, obtidos ao 5º dia de internamento, a antibioterapia foi alterada para penicilina G. Foi também realizada uma tomografia computadorizada (TC) cervical que evidenciou densificação e heterogeneidade do tecido adiposo subcutâneo e das fâscias cervicais, associado a aumento das dimensões e heterogeneidade da tiroide (fig. 1). Existiam também múltiplas bolhas gasosas, mas sem colecções líquidas circunscritas. No parênquima pulmonar não se identificaram focos de condensação ou infiltrados intersticiais.

Do ponto de vista evolutivo verificou-se uma melhoria clínica significativa ao fim de 6 dias de terapêutica com penicilina, com resolução da disfagia, da respiração ruidosa e dos sinais inflamatórios cervicais. Laboratorialmente, as bilirrubinas normalizaram, e os parâmetros inflamatórios regrediram significativamente. Manteve, contudo, um bócio volumoso e algum enfisema subcutâneo nos escavados supraclaviculares.



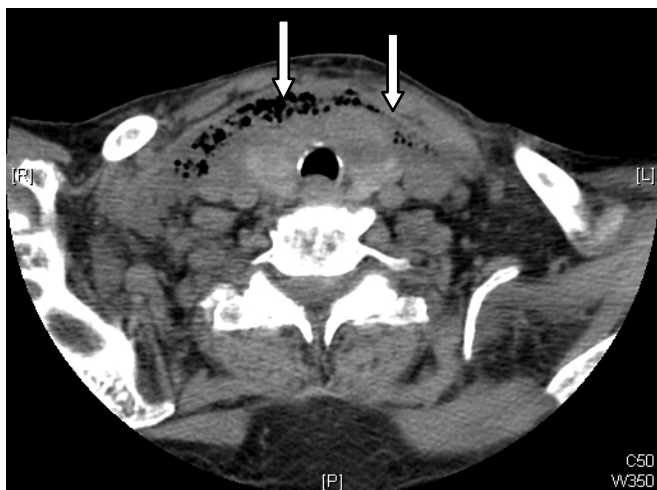


FIG. 1

Por este motivo foi repetida TC que revelou várias colecções líquidas circunscritas laterofaríngeas, retrocricóideas, laterotraqueais e lateroesofágicas (fig. 2), para além das alterações já anteriormente descritas.

Perante este aparente agravamento imagiológico, optou-se por manter a doente internada e prolongar a terapêutica com penicilina G em associação com metronidazol. Ainda assim, e atendendo à boa evolução clínica e laboratorial, optou-se por não drenar as colecções.

Ao 20º dia de tratamento com penicilina (15º de metronidazol) repetiu reavaliação por TC. O exame demonstrou uma melhoria de todas as colecções

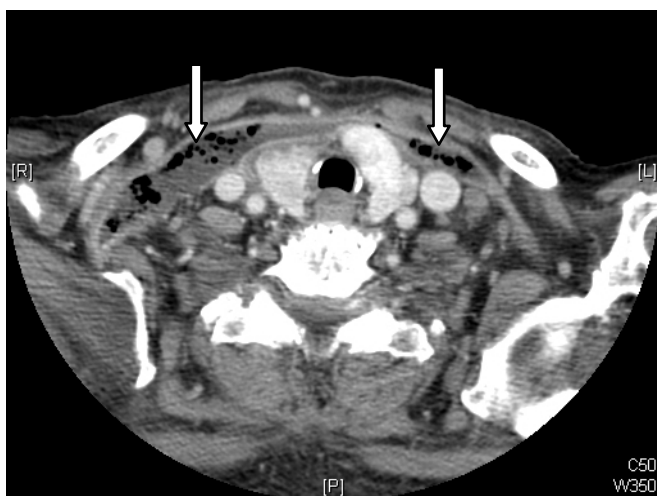


FIG. 2

anteriormente identificadas, bem como dos diversos componentes enfisematosos associados. Teve alta clinicamente bem ao fim de 28 dias de tratamento com penicilina (22 dias de metronidazol), tendo ainda cumprido 2 semanas adicionais de amoxicilina em ambulatório.

Ao 3º mês, e já em consulta externa, foi repetida TC cervical que demonstrou reabsorção completa do enfisema, das colecções e dos aspectos infiltrativos previamente descritos, persistindo apenas o carácter nodular da tiroideia. Do ponto de vista clínico e laboratorial a doente permaneceu sempre eutiroideia e sem quaisquer sequelas. Actualmente encontra-se sob vigilância clínica na consulta.

## DISCUSSÃO

A tiróide é uma glândula extremamente resistente à infecção<sup>2</sup>. Esta característica tem sido atribuída à sua extensa vascularização e drenagem linfática, elevadas concentrações tecidulares de iodo, produção local de peróxido de hidrogénio, revestimento capsular e localização anatómica<sup>2</sup>.

No adulto a infecção surge, geralmente, na presença de bócio multinodular<sup>4</sup>. Regra geral, o agente microbiano alcança a glândula por via hemática ou linfática a partir de um foco respiratório ou, no caso da criança, a partir de uma fístula do seio piriforme. Estão também descritos casos de TSA por persistência do canal tiroglossos, por contiguidade (perfurações do esófago, traumatismos ou neoplasias) ou por complicações de procedimentos invasivos/cirúrgicos cervicais<sup>3</sup>. A infecção VIH e a diabetes mellitus são também factores de risco importantes<sup>4</sup>.

No caso aqui relatado, e apesar dos exames realizados, nunca se chegou a apurar o foco etiopatogénico. Mesmo atendendo ao facto de a doente ter sido admitida, inicialmente, por um quadro suspeito de colangite, este nunca chegou a confirmar-se. Por outro lado, os resultados da laringoscopia e da TC tornaram mais remotas as hipóteses de fístula do seio piriforme ou de perfuração



do esófago cervical como ponto de partida para a infecção.

Os agentes infecciosos mais frequentemente implicados na TSA compreendem, por ordem de frequência, as bactérias aeróbias Gram-positivas dos géneros *Staphylococcus* e *Streptococcus*, os aeróbios Gram-negativos, os anaeróbios e, em situações mais raras, os fungos e parasitas<sup>1</sup>.

O sintoma dominante na apresentação é a dor na região tiroideia, à qual se associa aumento do volume glandular, rubor, calor e dor à palpação<sup>2</sup>. A febre e a odinofagia são também sintomas frequentes e, em casos raros, pode também haver lugar à formação de enfisema tecidual<sup>2</sup>.

Laboratorialmente, observa-se elevação dos parâmetros inflamatórios<sup>4</sup>. O estudo da função tiroideia deve ser efectuado, pois, em casos raros, pode surgir tirotóxicose secundária à destruição folicular com consequente libertação de hormonas tiroideias<sup>1</sup>. A utilidade do doseamento da tiroglobulina (Tg) é questionável uma vez que apenas remete para inflamação tiroideia e não sugere qualquer etiologia<sup>1</sup>.

A ecografia pode ser adoptada como exame imagiológico inicial<sup>3</sup>. Permite não apenas a identificação de colecções intra ou extra-tiroideias<sup>5</sup>, mas também a realização de punções AAF<sup>3</sup> e a realização de drenagens ecoguiadas<sup>1</sup>. Contudo, na maioria dos centros a TC com contraste endovenoso é considerada o exame de primeira linha, permitindo uma melhor avaliação anatómica, com destaque para a extensão cervical ou mediastínica dos abscessos, e, por vezes, a identificação de uma fístula do seio piriforme<sup>1</sup>. A videolaringoscopia, eventualmente complementada com técnicas de insuflação do seio piriforme ou de injeção de contraste nos casos duvidosos, deve também ser realizada para excluir fístula do seio piriforme<sup>5</sup>. No caso particular desta doente a melhoria clínica constatada aliada à idade avançada, levou-nos a optar por não prosseguir com estudos etiológicos invasivos adicionais.

O principal diagnóstico diferencial na TSA coloca-se com tiroidite subaguda, doença de etiologia viral, autolimitada e que causa frequentemente

tirotóxicose (contrariamente à TSA que cursa, geralmente, em eutiroidismo)<sup>2</sup>. A punção AAF é o exame *gold standard* que permite a distinção citológica entre ambas<sup>2</sup>, para além da exclusão de neoplasia subjacente<sup>4</sup> e do isolamento do agente microbiano implicado<sup>4</sup>.

O tratamento da TSA consiste em antibioterapia de largo espectro e drenagem de eventuais abscessos<sup>4</sup>. A antibioterapia deve ser mantida durante pelo menos 14 dias ou até à resolução clínica completa<sup>1</sup>. A drenagem urgente (percutânea ou cirúrgica) está recomendada na obstrução da via aérea<sup>1</sup>. No doente estável e sem compromisso da via aérea a drenagem ecoguiada por AAF pode ser suficiente<sup>1</sup>.

A tiroidectomia urgente só deve ser equacionada na falência da abordagem inicial com drenagem e antibioterapia<sup>1</sup>. A ressecção diferida está recomendada quando ocorre necrose extensa da glândula ou na suspeita de neoplasia<sup>1</sup>.

Na presença de fístula do seio piriforme a ablação cirúrgica ou por quimiocauterização laringoscópica deve ser realizada após resolução da infecção, de forma a prevenir a recorrência<sup>3</sup>.

Recentemente, alguns centros têm vindo a adoptar, com sucesso, estratégias terapêuticas menos invasivas<sup>1</sup>. No caso aqui relatado, foi possível resolver a infecção com antibioterapia isolada sem necessidade de drenagem. Optou-se também por não propor tiroidectomia dada a inexistência de alterações anatómicas predisponentes documentadas, achados citológicos suspeitos, idade avançada e resolução clínico-imagiológica completa sem sequelas.

## CONCLUSÃO

A TSA é uma doença infecciosa rara mas potencialmente fatal se não for diagnosticada e tratada precocemente. No adulto a causa mais frequente é a disseminação bacteriana hematogena com origem noutra foca infecciosa. O tratamento assenta na antibioterapia de largo espectro e drenagem do(s) abscesso(s) eventualmente presentes.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paes JE, Burman KD, Cohen J, 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.
2. Lazarus J, Hennessey J. Acute and Subacute, and Riedel's Thyroiditis. © Thyroid Disease Manager [Internet]. Março 2012. Disponível em: <http://www.thyroidmanager.org/chapter/acute-and-subacute-and-riedels-thyroiditis>.
3. Fonseca IF, Avvad CK, Sanchez EG, Henriques JL, Leão LM. Tireoidite supurativa aguda com múltiplas complicações. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2012; 56-6.
4. Yildar M, Demirpolat G, Aydin M. Acute suppurative thyroiditis accompanied by thyrotoxicosis after fine-needle aspiration: treatment with catheter drainage. *J Clin Diagn Res*. 2014 Nov; 8(11):ND12-4.
5. Ghaemi N, Sayedi J, Bagheri S. Acute suppurative thyroiditis with thyroid abscess: a case report and review of the literature. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2014 Jan; 26(74):51-5.

*Correspondência:*

RICARDO SOUTO

e-mail: ricardombsouto@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

25/05/2015

*Data de aceitação do artigo:*

26/06/2020

