

Relato
de Caso

Derrame Pericárdico como Forma de Apresentação do Hipotireoidismo Secundário à Radioablação com Iodo

2

Pericardial Effusion as a Form of Presentation of Hypothyroidism Secondary to Radioiodine Ablation

Aryana Isabelle de Almeida Neves, Nilton Cavalcanti de Macêdo Neto, Cecília de Oliveira Maia, Aline Araújo Padilha

Resumo

Relata-se caso de derrame pericárdico e pleural acompanhado de comprometimento hemodinâmico cuja etiologia foi dada, por diagnóstico de exclusão, ao hipotireoidismo secundário à radioablação por iodo, realizada dois meses antes do quadro clínico. O tratamento usado foi pericardiocentese com janela pericárdica e terapia de reposição hormonal com levotiroxina.

Palavras-chave: Derrame pericárdico/diagnóstico; Hipotireoidismo/complicações; Pericardiocentese; Tiroxina/uso terapêutico

Abstract

Case study of pericardial and pleural effusion accompanied by hemodynamic compromise whose etiology was attributed, through an exclusionary diagnosis, to hypothyroidism secondary to radioiodine ablation two months before the clinical condition. The treatment consisted of pericardiocentesis with pericardial window and hormone replacement therapy with levothyroxine.

Keywords: Pericardial effusion/diagnosis; Hypothyroidism/complications; Pericardiocentesis; Thyroxine/therapeutic use

Introdução

O hipotireoidismo é uma síndrome clínica que promove lentificação generalizada dos processos metabólicos. Pode ser diagnosticado em pacientes submetidos a tratamento radioablativo com iodo, e o tratamento consiste na administração de levotiroxina em dose única diária.

Derrames em serosas são complicações frequentes do hipotireoidismo, sendo o derrame pericárdico volumoso uma complicação preponderantemente associada a quadros graves¹.

Relato do Caso

Paciente feminina, 39 anos, bibliotecária, foi admitida no Serviço de Clínica Médica no HUPAA-UFAL. Há 15 dias iniciou quadro de astenia e cansaço progressivo, inicialmente aos grandes esforços, evoluindo para em

repouso, além de edema de membros inferiores e aumento de volume abdominal. Procurou assistência médica, sendo realizada radiografia de tórax e evidenciado derrame pleural bilateral. Foi instalado dreno de tórax e iniciado antibioticoterapia cinco dias antes da internação.

Há um ano e meio notou aumento da tireoide, associado à perda ponderal, taquicardia e hiperfagia. Procurou endocrinologista, que diagnosticou Doença de Graves, e iniciou tratamento com propiltiouracil e propranolol. Fez radioablação com iodo há dois meses, evoluindo com hipotireoidismo. História familiar sem qualquer particularidade. Não tabagista, não etilista e no momento fazia uso de levotiroxina 50mcg/dia.

Ao exame, apresentava-se emocionalmente lábil, sonolenta, fala arrastada, eupneica, acianótica, anictérica, afebril (36,5°C), hidratada e normocorada. Ausculta cardíaca sem alterações, com frequência de 92bpm, pressão arterial de 120/70mmHg.

¹ Programa de Residência em Clínica Médica - Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) - Universidade Federal de Alagoas (UFAL) - Maceió, AL - Brasil

Relato de Caso

Ingurgitamento de jugulares. Ausculta pulmonar com murmúrio presente em ambos os hemitórax, diminuído na base esquerda e ausente nos 2/3 inferiores direito, com crepitações em bases, mais proeminente à direita. O abdome mostrava-se semigloboso, normotenso, hepatomegalia dolorosa – aproximadamente 5cm do rebordo costal direito, superfície lisa. Edema de membros inferiores (2+/4+).

Exames complementares na internação: radiografia de tórax com aumento da silhueta cardíaca, volumoso derrame pleural à direita e pequeno à esquerda (Figura 1). Exames laboratoriais: hemograma com hematócrito de 40,6%, hemoglobina de 13,2, volume corpuscular médio de 87,9fL, hemoglobina corpuscular média 28,6pg, 7850 leucócitos (sem bastões), plaquetas 205.000/uL; ureia 30,7mg/dl; creatinina 0,75mg/dl; proteinúria de 24 horas 137,4mg; AST 21unid/L; ALT 23unid/L; LDH 319unid/L; VHS 20s em 1h e PCR 1,9mg/L; VDRL, teste rápido para HIV, fator reumatoide e FAN não reagentes, anticardiolipina negativo (IgG e IgM).



Figura 1

Radiografia de tórax com aumento da silhueta cardíaca com volumoso derrame pleural à direita e pequeno à esquerda.

Realizou ecografia de abdome que mostrou hepatomegalia com leves alterações texturais. Veias hepáticas e cava inferior com ausência de variação de seus calibres aos movimentos respiratórios, sugestivo de congestão venosa. Ascite, derrame pleural bilateral e pericárdico.

No terceiro dia de internação hospitalar foi realizada toracocentese aliviadora e propedêutica, sendo retirados 1100ml de líquido amarelo citrino. A análise do líquido pleural mostrou um transudato, conforme os critérios de Light e gradiente albumina plasmática-pleural de 1,7g/dl.

Seguiu-se a investigação com ecocardiograma (Figura 2), que revelou hipertrofia concêntrica discreta a moderada das paredes do ventrículo esquerdo; discreta regurgitação tricúspide; coleção pericárdica importante, com sinais de comprometimento hemodinâmico. Realizou-se a pericardiocentese por via subxifóidiana, que revelou a saída de líquido amarelo-citrino, com volume de 1250ml. A análise laboratorial do líquido pericárdico revelou: citologia com 32 leucócitos/uL, 04 neutrófilos/uL, 27 linfócitos/uL; proteínas totais 4g/dl; glicose 110mg/dl; LDH 481 unid/L. Bacterioscopia pelo gram não revelou presença de bactérias. Coloração de Ziehl-Nielsen sem visualização de BAAR. Cultura para bactérias, micológico direto e fungos negativos. Pesquisa de células neoplásicas negativas.



Figura 2

Ecocardiograma com hipertrofia concêntrica discreta a moderada das paredes do ventrículo esquerdo; coleção pericárdica importante, com sinais de comprometimento hemodinâmico.

Foi realizado dosagem de complemento C₃ 110,1mg/dl, C₄ 32,1mg/dl; PPD não reator; TSH 37,04μU/mL e T₄ livre 0,54, sendo assim o diagnóstico de hipotireoidismo. Novo ecocardiograma foi realizado 13 dias após a pericardiocentese, mostrando importante coleção pericárdica com sinais de comprometimento hemodinâmico, importante restrição diastólica.

Optou-se em realizar pericardiotomia e janela pericárdica (com biópsia). A análise histopatológica se mostrou negativa para doença granulomatosa ou outras doenças. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, sendo aumentada a dose de levotiroxina para 75mcg/dia e, seis dias após, para 100mcg/dia.

Discussão

Os derrames em cavidades serosas associados ao hipotireoidismo são eventos bastante conhecidos e citados na literatura científica. A primeira descrição conhecida de derrame pericárdico em paciente com hipotireoidismo é de 1918²; no entanto, o derrame pericárdico relacionado ao hipotireoidismo parece evento menos recorrente.

Os dados estatísticos sobre a incidência desse evento são conflitantes e pode situar-se entre 30% e 80%². Provavelmente os dados colhidos referem-se a pacientes gravemente enfermos, constituindo viés de seleção. Assim, o derrame pericárdico pode ser uma manifestação frequente em estágio avançado da doença e um acometimento incomum numa fase inicial¹. O tamponamento cardíaco é uma complicação rara; até 1992 havia menos de 30 casos descritos na literatura mundial³.

A etiologia do derrame pericárdico no hipotireoidismo ainda não é totalmente conhecida. Postula-se que o acúmulo extravascular da albumina e, presumivelmente, de todas as outras proteínas plasmáticas, somada à drenagem linfática insuficiente possa explicar a formação de exsudato nas cavidades serosas, justificando a efusão pericárdica⁴. O lento acúmulo de líquido e a distensibilidade cardíaca podem justificar a pobreza diagnóstica e a baixa incidência em fases precoces da doença⁵.

A identificação do derrame pericárdico volumoso pelo hipotireoidismo é difícil e comumente confundida com insuficiência cardíaca, devido aos sintomas de taquicardia, elevação da pressão venosa, edema de membros inferiores e aumento da silhueta cardíaca à radiografia². O ecocardiograma torna-se instrumento fundamental tanto para o diagnóstico quanto para mensurar o volume e a repercussão hemodinâmica da efusão pericárdica⁶⁻⁸.

A paciente deste relato é portadora de hipotireoidismo pós-terapia radioablativa de tratamento para Doença de Graves. Fazia reposição hormonal com 50mcg/dia de levotiroxina e apresentava TSH 37μU/mL. O hipotireoidismo, como causa do derrame pericárdico foi diagnosticado como critério de exclusão, já que outras afecções são causas mais frequentes de derrame pericárdico não traumático. Considerações epidemiológicas são muito importantes. Em algumas áreas geográficas subdesenvolvidas, por exemplo, a pericardite tuberculosa é a principal causa de derrame pericárdico⁹.

A radiografia de tórax e a ausência de células neoplásicas no líquido pericárdico não sugeriram

neoplasia. A bacterioscopia pelo gram não revelou presença de bactérias, a cultura para bactérias, o micológico direto e a cultura para fungos negativos, assim como coloração de Ziehl-Nielsen sem visualização de BAAR e o PPD não reator afastaram etiologia infecciosa e, sobretudo, tuberculose. A aplicação dos critérios de Light na avaliação do líquido pleural revelou o caráter transudativo na amostra colhida, refutando as etiologias neoplásica e tuberculosa. No contexto de uma radioablação prévia e TSH elevado, mesmo sob reposição hormonal, tornou-se imperativa a hipótese etiológica de hipotireoidismo.

Quanto ao método de drenagem do líquido pericárdico, há controvérsias. Alguns autores sugerem abordagem cirúrgica (janela pericárdica) de imediato para prevenir recidiva; outros preferem a pericardiocentese e, se houver recidiva, optar pela janela². A paciente deste relato foi submetida à pericardiocentese e, após nova instabilidade hemodinâmica, à toracotomia com instituição de janela pericárdica e biopsia pericárdica, evoluindo bem no pós-operatório. A eficácia da toracotomia com janela para drenagem de derrames pericárdicos chega a 90%¹⁰.

Durante o acompanhamento ambulatorial manteve-se assintomática e com TSH normalizado. O laudo histopatológico da biopsia pericárdica não evidenciou qualquer alteração sugestiva de doença granulomatosa ou outras doenças. A boa evolução confirma o diagnóstico etiológico de hipotireoidismo.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Universitária

Este relato de caso será utilizado como Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência em Clínica Médica de Aryana Isabelle de Almeida Neves do HUPAA-UFAL.

Referências

1. Kabadi UM, Kumar SP. Pericardial effusion in primary hypothyroidism. *Am Heart J.* 1990;120(6 Pt 1):1393-5.
2. Rachid A, Caum LC, Trentini AP, Fischer CA, Antonelli DA, Hagemann RP. Derrame pericárdico com tamponamento cardíaco como forma de apresentação de hipotireoidismo primário. *Arq Bras Cardiol.* 2002;78(6):580-5.

Relato de Caso

3. Jiménez-Nácher JJ, de Alonso N, Vega B, del Río A, Moya JL, Barrios V, et al. Taponamiento cardíaco como forma de presentación de un hipotireoidismo primario en una mujer joven. *Rev Clin Esp.* 1993;193(6):290-2.
4. Parving HH, Hansen JM, Nielsen SL, Rossing N, Munck O, Lassen NA. Mechanisms of edema formation in myxedema: increased protein extravasation and relatively slow lymphatic drainage. *N Engl J Med.* 1979;301(9):460-5.
5. Smolar EN, Rubin JE, Avramides A, Carter AC. Cardiac tamponade in primary myxedema and review of the literature. *Am J Med Sci.* 1976;272(3):345-52.
6. Reddy PS, Curtiss EI, O'Toole JD, Shaver JA. Cardiac tamponade: hemodynamic observations in man. *Circulation.* 1978;58(2):265-72.
7. Guberman BA, Fowler NO, Engel PJ, Gueron M, Allen JM. Cardiac tamponade in medical patients. *Circulation.* 1981;64(3):633-40.
8. Bodson L, Bouferrache K, Vieillard-Baron A. Cardiac tamponade. *Curr Opin Crit Care.* 2011 Jun 29. [Epub ahead of print].
9. Sagristà-Sauleda J, Mercé AS, Soler-Soler J. Diagnosis and management of pericardial effusion. *World J Cardiol.* 2011;3(5):135-43.
10. Mentzer SJ. Surgical palliative care in thoracic diseases. *Surg Clin North Am.* 2005;85(2):315-28.