



Tireoidite subaguda seguida por hipertireoidismo mimetizando um caso de febre de origem indeterminada

Luiz Eduardo Carpenter¹, Talita Souza da Motta Azevedo¹,
Diana Oliveira Buchsbaum¹, Fernanda Pereira Barbosa¹,
Thaís Rodrigues Garcia¹
1. Hospital Unimed Rio

Introdução/Fundamentos

A tireoidite subaguda, ou tireoidite de Quervain, frequentemente é descrita como causa de dor na topografia da tireoide, tendo sua origem vinculada à infecção viral ou pós-viral. Os sintomas iniciais são frequentemente atribuídos a quadro otorrinolaringológico, sendo a tireoidite subaguda muitas vezes subdiagnosticada. Sua forma clássica caracteriza-se por dor e tumefação cervical, podendo irradiar à orofaringe e ouvidos, febre baixa, fadiga, mialgias e artralgia. Os sintomas de hipertireoidismo/tireotoxicose manifestam-se, em metade dos doentes, nas primeiras semanas da doença. Já a crise tireotóxica pode ser definida como uma manifestação clínica aguda decorrente de exacerbação da atividade tireoideana. É uma desordem rara, secundária à tireotoxicose, que acomete mais comumente adultos.

Objetivos

Relatar um caso de tireoidite subaguda seguida por crise tireotóxica, que teve como apresentação um quadro de febre de origem obscura.

Delineamento e Métodos

Relato de caso

Resultados

Mulher, 34 anos, deu entrada no Pronto-Socorro com febre, cansaço e odinofagia há 4 dias. Nega comorbidades e uso de quaisquer medicamentos. Ao exame físico, observou-se taquicardia (112pm), taquipneia (32) e febre (38,9°C). Os exames laboratoriais mostraram uma leve anemia (Hb: 11,5), dímero-d (676/normal <500) e PCR 5,4 (normal <1). Tinha histórico positivo para COVID-19 no passado. O RTPCR para COVID-19 foi negativo neste momento. A tomografia computadorizada do tórax foi normal. A paciente recebeu alta hospitalar com sintomas. Seis dias depois, voltou com os mesmos sintomas. Agora, foi encaminhada para casa com azitromicina e prednisona (20mg/dia).

Foi readmitida duas vezes com sintomas semelhantes quando finalmente foi internada na enfermaria para investigação de febre de origem obscura. Relatou perda de 6 Kg nos últimos 15 dias. Um painel de sorologia viral (Zika, CMV, Epstein Barr, Dengue, hepatite viral, HIV) foi realizado e foi negativo. Os exames alterados foram PCR (6,7) e VHS (102 - Normal <10). A cultura de sangue e urina também foi testada e deu negativa. Os sintomas pioraram e a paciente queixou-se de dores cervicais. O exame físico mostrou glândula tireoide aumentada, dolorida e firme, além de tremores de extremidades. Os exames laboratoriais mostraram TSH 0,06 (0,25 5,0), T4 livre 7,53 (0,82 1,51) e ultrassom com glândula difusamente aumentada e ecogenicidade reduzida. O exame de Doppler não mostrou aumento do fluxo sanguíneo. A hipótese de tireoidite foi considerada. Beta-bloqueadores e AINEs foram iniciados. Foi solicitado um painel para doenças autoimunes da tireoide e cintilografia com tecnécio. T3 livre era 12,47 (1,81 4,59), TRAB era negativo e anti-microsomal positivo. A cintilografia estava normal. A paciente foi diagnosticada com tireoidite subaguda. Foi iniciada corticoterapia. Poucos dias depois, os sintomas melhoraram e ela recebeu alta com prednisona e betabloqueadores. Dois dias após a alta, a paciente foi readmitida devido a febre, fadiga, tremor nas extremidades, palpitações, irritabilidade, sudorese. Ela foi diagnosticada com tireotoxicose. Propranolol, propiltiouracil e hidrocortisona foram iniciados. Seis dias depois, os sintomas melhoraram e a paciente recebeu alta hospitalar com propiltiouracil, propranolol e prednisona.

Conclusões/Considerações Finais

Este caso ilustra como uma tireoidite subaguda pode ser uma entidade negligenciada no diagnóstico de febre de origem obscura,

Referências Bibliográficas

- AKAZUMI, T. Thyroid Storm: A Japanese Perspective. *Thyroid* 2018; 28:32. Disponível em: PubMed. Acesso em: 27 fev. 2021
- PEARCE, EN et al. Thyroiditis. *N Engl J Med* 2003; 348: 2646 – 2655. Disponível em: *New Engl J Med*. Acesso em: 28 fev. 2021
- CALEGARO, J.U.M et al. Subacute thyroiditis entity neglected in the diagnosis of fever of unknown origin. *AMB Rev Assoc Med Bras*; 28(2): 67-8, 1982. Disponível em: BVS Biblioteca Virtual em Saúde. Acesso em 02 mar. 2021