

Tuberculose da glândula tiroideia em doente com doença de Graves

Tuberculosis of the thyroid gland in a patient with Graves' disease

Maria Raquel Carvalho¹, Catarina Guimarães², Zulmira Jorge³, Dolores López Presa⁴, Isabel do Carmo⁵

¹ Interna Complementar de Endocrinologia; Serviço de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo; Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) - EPE

² Interna Complementar de Pneumologia; Serviço de Pneumologia; Centro Hospitalar de Coimbra - EPE

³ Assistente Hospitalar; Serviço de Endocrinologia; Hospital de Santa Maria, CHLN-EPE

⁴ Assistente Hospitalar; Serviço de Anatomia Patológica; Hospital de Santa Maria, CHLN-EPE

⁵ Directora de Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo; Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) - EPE

Correspondência: Maria Raquel Carvalho › Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo › Avenida Professor Egas Moniz › 1649-035 LISBOA › mariaraquelcarvalho.hsm@gmail.com

RESUMO

A tuberculose tiroideia é uma entidade clínica rara, que ocorre geralmente em contexto de infeção sistémica por *Mycobacterium tuberculosis*. A apresentação clínica é variável mas, na maioria dos casos, apresenta-se como uma massa cervical anterior.

Apresentamos o caso de uma mulher de 30 anos com doença de Graves em quem foi identificado granuloma tuberculoso na histologia da peça de tiroidectomia total.

A partir de uma breve revisão da literatura, chamamos a atenção para os aspectos particulares deste caso clínico.

PALAVRAS-CHAVE

Tuberculose; Granuloma; Tíróide; Hipertiroidismo.

ABSTRACT

Tuberculosis involving the thyroid gland has been infrequently reported and it usually occurs when there is a systemic Mycobacterium tuberculosis infection. The clinical presentation is quite variable but it usually presents as an anterior cervical mass.

We present the case of a 30-years-old woman with Graves' disease in whom the diagnosis of thyroid tuberculosis was made in the histopathologic exam of the thyroid gland.

We describe a brief literature review and emphasize the particular aspects of this clinical case.

KEYWORDS

Tuberculosis; Granuloma; Thyroid; Hyperthyroidism.

INTRODUÇÃO

Em Portugal, a prevalência de tuberculose é de 23/100000 habitantes¹. A infecção da glândula tiroideia por *Mycobacterium tuberculosis* é muito rara, mesmo em países em que a tuberculose é endémica. A glândula tiroideia pode ser infectada por via hematogénea, por disseminação linfática ou por extensão directa a partir de nódulos linfáticos adjacentes infectados². A apresentação clínica é variável mas, na maioria dos casos, apresenta-se como uma massa cervical anterior³. O diagnóstico é feito com a identificação microbiológica ou pelos aspectos histológicos⁴. Quando não existe concentração suficiente de bacilos, pode não conseguir-se identificar o microorganismo. Este facto não impede o diagnóstico, desde que os achados histológicos sejam específicos⁵.

O diagnóstico correcto é muito importante para que se possa instituir terapêutica médica específica e, nalguns casos, evitar o procedimento cirúrgico.

Descrevemos o caso de uma doente com doença de Graves em quem foi diagnosticada tuberculose tiroideia no exame anatomo-histológico da peça de tiroidectomia total.

CASO CLÍNICO

Doente de sexo feminino de 30 anos, caucasiana, residente em comunidade cigana, sem antecedentes médicos relevantes.

Apresentava queixas de palpitações, hiperdefecação, hipersudorese, intolerância ao calor, polifagia e perda ponderal de 3kg desde os dois meses anteriores. Negava febre, dor cervical ou outras queixas.

O exame objectivo evidenciou: bócio ligeiro, sem nódulos ou massas anómalas cervicais palpáveis, ausência de exoftalmia, frequência cardíaca de 95 bpm.

A avaliação bioquímica revelou: TSH < 0,01 μ U/mL (V.R.: 0,4-4,5 μ U/mL), FT4 4 ng/dL (V.R.: 0,9-1,7 ng/dL), FT3 12 pg/mL (V.R.: 2-4,4 pg/mL), TRAbs 13,2 U/L (V.R.: < 1,5 U/L).

FIGURA 1: Cintigrafia tiroideia com ⁹⁹mTc



A cintigrafia tiroideia com ⁹⁹mTc (fig. 1) mostrou hipercaptação difusa do radionuclídeo e a ecografia uma glândula difusamente aumentada, com margens regulares e heterogeneidade difusa do parênquima, sem nódulos e sem adenomegalias cervicais.

A doente iniciou terapêutica com anti-tiroideus de síntese (propiltiouracilo) que manteve durante dezoito meses. Passados doze meses a doença recidivou. Laboratorialmente: TSH < 0,01 μ U/mL (V.R.: 0,4-4,5 μ U/mL), FT4 5,59 ng/dL (V.R.: 0,9-1,7 ng/dL), FT3 13,4 pg/mL

FIGURA 2: Granuloma epitelióide com necrose caseosa central

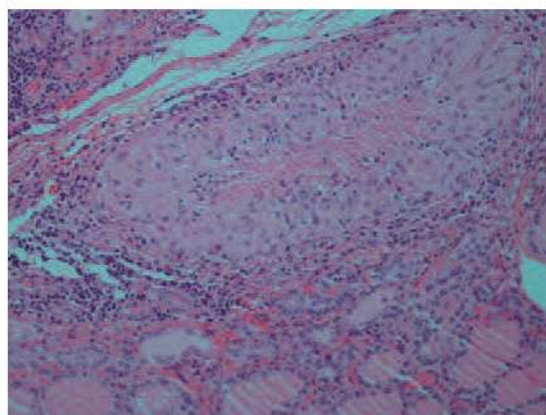
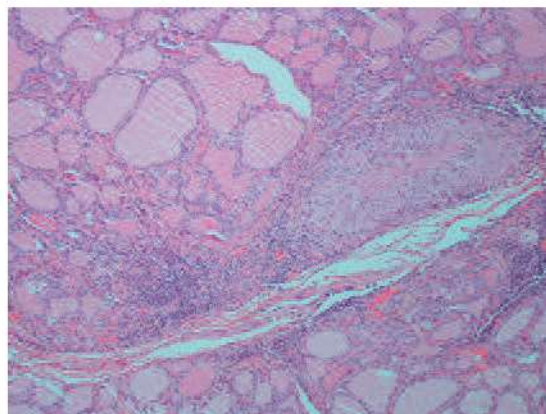


FIGURA 3: Granuloma epitelióide com necrose caseosa central



(V.R.: 2-4,4 pg/mL), TRAbs 16,9 U/L (V.R.: < 1,5 U/L). Eco cervical sobreponível à anterior, nomeadamente sem evidência de adenopatias.

A doente foi proposta para terapêutica definitiva, tendo-se optado pela tireoidectomia total. O exame histológico da peça operatória mostrou: “aspectos típicos da doença de Graves e dois granulomas com necrose caseosa central”. A pesquisa de microorganismos por métodos histoquímicos foi negativa (fig. 2 e fig. 3).

Nesta altura, foi encetada marcha diagnóstica no sentido de avaliação de infecção sistémica: prova tuberculínica 12 mm, teleradiografia do tórax sem alterações pleuroparenquimatosas, exame directo (Ziehl-Neelsen), PCR e culturas de expectoração, urina e sangue negativas para *Mycobacterium tuberculosis*, VS 14 mm/1^ah, ecografia abdominal sem alterações.

Foi, portanto, estabelecido o diagnóstico de tuberculose tiroideia, sem evidência de envolvimento sistémico.

A doente foi tratada com antibacilares durante nove meses.

COMENTÁRIO

Embora a infecção por *Mycobacterium tuberculosis* seja relativamente frequente e possa localizar-se em qualquer órgão do organismo, o envolvimento da glândula tiroideia é raro e a sua real incidência é desconhecida. Postula-se que a glândula seja relativamente resistente a esta infecção⁶. Esta “resistência” dever-se-á à acção bactericida do material colóide, ao elevado fluxo sanguíneo condicionador de um ambiente altamente oxigenado e finalmente à alta concentração de iodo⁷. É mais frequente em mulheres de meia-idade⁸.

A tuberculose tiroideia pode ocorrer no contexto de doença sistémica ou a glândula pode estar infectada de forma isolada^{3,9-10}. Na nossa doente não foi identificada infecção em qualquer outra localização.

Na série publicada por Ozekinci *et al*¹¹ onde os autores reviram mais de 800 peças de tireoidectomia, são descritos os aspectos fundamentais e específicos da histologia da tuberculose tiroideia, que encontramos na nossa doente – necrose caseosa com granulomas. Nesta mesma série, em cinco doentes foi diagnosticada tuberculose tiroideia apenas no exame histológico, à semelhança do que aconteceu na nossa doente.

A forma mais frequente de apresentação da tuberculose tiroideia é sob a forma de nódulo tiroideu isolado mas outras formas de apresentação como tirotóxicose, bócio difuso, abscesso tiroideu e mesmo hipotireoidismo, já foram descritas¹⁰. O seu diagnóstico é difícil e só raramente é considerado pré-operatoriamente, sobretudo em doentes sem evidência de doença sistémica⁵.

Da revisão da literatura, não encontramos outros casos de tuberculose tiroideia em doente com doença de Graves. Embora as manifestações clínicas da tuberculose tiroideia possam assemelhar-se às do hipertireoidismo, o quadro clínico e os achados bioquímicos e histológicos descritos na nossa doente são inequivocamente diagnósticos de doença de Graves, o que o torna especialmente invulgar. Acreditamos que, neste caso, o diagnóstico de tuberculose tiroideia foi incidental na análise histológica da tiroideia, mas permitiu que a terapêutica específica fosse instituída.

Parece-nos importante considerar este diagnóstico na avaliação histológica de uma peça de tireoidectomia, mesmo na ausência de quadro de infecção sistémica, sobretudo em países com alta prevalência de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* e em doentes pertencentes a grupos de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Relatório do Observatório Nacional das Doenças respiratórias 2009, Portugal.
2. Kang M, Ojili V, Khandelwal N, Bhansali A. Tuberculous abscess of the thyroid gland: a report of two cases. *J Clin Ultrasound* 2006; 34: 254-7.
3. Tan KK. Tuberculosis of the thyroid gland – a review. *Ann Acad Med Singapore*. 1993; 22(4): 580-2.
4. Bradley Paulino da Silva, Eurico Gurgel Amorim, Elizabeth João Pavin, Antonio Santos Martins, Patrícia Sabino de Matos, Denise Engelbrecht Zantut. Wittmann. Primary thyroid tuberculosis: a rare etiology of hypothyroidism and anterior cervical mass mimicking carcinoma. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009 53/4
5. Andrius Simkus. Thyroid tuberculosis. *Medicina* 2004; 40: 201-4.
6. Barnes P, Weatherstone R. Tuberculosis of the thyroid gland: two case reports. *Br J Chest* 1979; 73: 187-91.
7. Madhusudhan KS, Seith A, Khadgawat R, Das P, Mathur S. Tuberculosis of the thyroid gland: magnetic resonance imaging appearances. *Singapore Med J*. 2009 50(7): 235-8.
8. Abdulsalam F, Abdulaziz S, Mallik A, 2005 Primary Tuberculosis of the Thyroid Gland. *KMJ* 37: 116-118.
9. E Bulbuloglu, H Ciralik, E Okur, G Ozdemir, F Ezberci, A Cetinkaya. Tuberculosis of the thyroid gland: review of the literature. *World Journal of Surgery*, vol 30, 2, 149-55; 2006.
10. Ines Zendah, Hafaoua Daghfous, Sonia Bem Mrad, Fatma Tritar. Primary tuberculosis of the thyroid gland. *Hormones*. 2008; 7 (4): 330-3
11. Ozekinci S, Mizrak B, Saruhan G, Senturk S. Histopathologic diagnosis of thyroid tuberculosis. *Thyroid* 2009 Sep; 19(9):983-6.