

Derrame Pericárdico com Tamponamento Cardíaco como Forma de Apresentação de Hipotireoidismo Primário

Acir Rachid, Leiber C. Caum, Ana Paula Trentini, Carlos A. Fischer, Dênis A. J. Antonelli, Rafael P. Hagemann

Curitiba, PR

Os autores descrevem um caso de derrame pericárdico acompanhado de tamponamento cardíaco cuja etiologia foi o hipotireoidismo primário. O diagnóstico foi realizado por exclusão, já que outras causas de tamponamento cardíaco são mais freqüentes. O tratamento de emergência do tamponamento cardíaco é a pericardiocentese (com possível janelar pericárdica), procedendo-se após estabilização do quadro, a terapia de reposição hormonal com L-tiroxina.

O hipotireoidismo é uma doença de caráter multissistêmico, que pode se apresentar ao clínico de diversas formas, sendo uma delas não usual, o derrame pericárdico, uma complicação cardiovascular que, associada ao hipotireoidismo, atinge 30-80% de casos na literatura^{1,2}. Mas o acontecimento de hipotireoidismo e tamponamento pericárdico é um evento raro. A composição do derrame pericárdico é de alta concentração em proteínas e, como outros derrames serosos do hipotireoidismo, é de patogênese ainda não completamente desvendada³. O lento acúmulo de líquido no espaço pericárdico deve-se à freqüente raridade de sinais premonitores hemodinâmicos, mesmo na presença de grandes derrames. Neste artigo, relatamos o caso de uma paciente que se apresentou com derrame pericárdico, evoluindo rapidamente para tamponamento cardíaco e cuja etiologia deveu-se ao hipotireoidismo primário.

Relato do Caso

Paciente feminina, 47 anos, admitida no serviço de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, com queixas de falta de ar, fraqueza e edema, com dispnéia iniciada há 2 anos, evoluindo dos grandes pa-

ra os pequenos esforços nesse período; relatava também astenia e edema de membros inferiores, face e abdome, mas negava qualquer outro problema de saúde, exceto depressão (sem tratamento nos últimos meses). Referia-se a internamentos anteriores por dispnéia com tratamento sintomático, mas nunca realizara qualquer tipo de investigação diagnóstica para seu quadro clínico. A história mórbida familiar não apresentava qualquer particularidade; a paciente não era tabagista, nem etilista, e não estava em uso de qualquer medicação no momento. À revisão de sistemas, relatava constipação intestinal e palpitações. Nenhuma história familiar de importância foi relatada (inclusive tuberculose).

Ao exame físico geral, apresentava-se em regular estado geral, hipocorada e eupnéica; pressão arterial de 120/90mmHg, freqüência cardíaca de 90bpm, freqüência respiratória de 16rpm e temperatura de 36,5°C. No exame segmentar, apresentava jugulares ingurgitadas, estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares, bulhas cardíacas hipofônicas, porém rítmicas, leve edema de membros inferiores e reflexos tendinosos profundos lentificados.

Exames complementares (realizados nos primeiros três dias de internação): radiografia de tórax mostrava um aumento acentuado de volume da silhueta cardíaca e pequeno derrame pleural à direita (fig. 1), eletrocardiograma apresentava ritmo sinusal, baixa voltagem no plano frontal e alteração difusa da repolarização ventricular. Exames laboratoriais: hemograma com hematócrito de 39,5%, hemoglobina de 13,2g/dl, volume corpuscular médio de 100fl, 6.100 leucócitos (5% bastões), plaquetas 311.000/uL; uréia 39,6mg/dl; creatinina 0,78mg/dl; glicose sérica de 78,5mg/dl e tempo de protrombina de 13s; AST 61unid/L, LDH 791unid/L, CK 1.438unid/L e VHS 17s em 1h; FAN não reagente; fator reumatóide <20 (normal, não reagente); VDRL não reagente; parcial de urina: normal.

Uma ecografia revelou derrame pleural bilateral, volumoso derrame pericárdico, restante das estruturas normais. Seguiu-se a investigação com ecocardiografia, que revelou grande derrame circunferencial. O coração apresentou-se com intensa mobilidade, razão pela qual não foram obtidas as medidas

Hospital de Clínicas de Curitiba da Universidade Federal do Paraná
Correspondência: Acir Rachid – Rua Saldanha Marinho, 846 – 80430-150 – Curitiba – PR – E-mail: fischer@medcenter.com
Recebido para publicação em 12/1/01
Aceito em 9/5/01

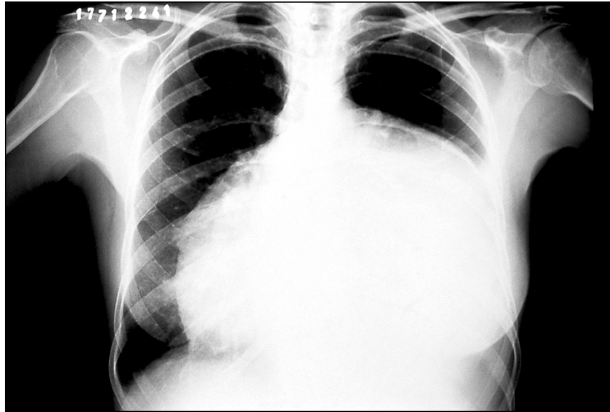


Fig. 1 – Radiografia do tórax demonstrando aumento da área cardíaca.

do ventrículo. No entanto, a análise subjetiva evidenciou câmaras cardíacas com dimensões e função normais.

No 5º dia de internamento, o paciente apresentou sinais clássicos de tamponamento cardíaco (aumento da distensão jugular, abafamento de bulhas cardíacas e pulso paradoxal), e nova ecocardiografia de urgência mostrou derrame pericárdico volumoso, associado a sinais de tamponamento cardíaco. Realizou-se a pericardiocentese, que revelou saída de líquido amarelo-citrino, com volume aproximado de 500ml em 30min, para um total calculado de 1.500ml. A análise laboratorial do líquido pericárdico revelou: citologia com 50 leucócitos/uL, 8 neutrófilos/uL, 14 linfócitos/uL, 4 células mesoteliais/uL, 11 macrófagos/uL; proteína 8g/dl; glicose 38mg/dl; amilase 116, pH 5,5; LDH 390unid/L. Bacterioscopia pelo Gram não revelou presença de bactérias. Coloração pelo Ziehl-Nielsen sem visualização de BAAR. Cultura para bactérias aeróbias e anaeróbias negativa. Micológico direto e cultura para fungos negativa. Pesquisa de células LE negativa, citologia oncótica negativa.

Foi realizada pesquisa de células LE no sangue, que se mostrou negativa; PPD mostrou-se não reator, radiografia de mãos e punhos normal, TSH de 70,14mU/L (normal entre 0,49-4,67mU/L) e T4 livre não detectável, sendo assim diagnosticado hipotireoidismo. Nova ecocardiografia, 12 dias após a pericardiocentese, mostrou derrame pericárdico de grande volume. Ventrículo esquerdo com relaxamento diminuído, dimensão interna e função sistólica normais; refluxo mitral mínimo.

Decidiu-se a realização de pericardiotomia e janela pericárdica (com biópsia). A análise anatomopatológica mostrou-se negativa para qualquer doença granulomatosa ou outras doenças. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem queixas, mas a radiografia de tórax, no pós-operatório, demonstrava pneumomediastino e obliteração do seio costofrênico esquerdo, iniciando tratamento com levotiroxina na dose de 75mcg/dia e, três dias após, 125mcg/dia. Recebeu alta com retorno para acompanhamento ambulatorial.

Discussão

A primeira descrição conhecida do derrame pericárdico em paciente com hipotireoidismo é de 1918⁴. Desde então,

várias publicações têm relatado a associação entre o hipotireoidismo e o derrame pericárdico, e mesmo outros derrames serosos⁵. O derrame pericárdico é considerado a complicação cardiovascular mais freqüente do hipotireoidismo, com prevalências estimadas entre 30 e 80%^{1,2}. Porém, Kabadı e Kumar⁶ questionam tal índice, associando apenas os casos de hipotireoidismo severo a prevalências tão altas. As causas relacionadas com esse acúmulo de líquido em serosas no hipotireoidismo são controversas; alguns autores acreditam que a etiologia seja o acúmulo de mucopolissacarídeos higroscópicos. Parving e cols.³ demonstraram, como causas, uma combinação de extravasamento de albumina e diminuição do fluxo linfático.

O tamponamento cardíaco como complicação do hipotireoidismo é muito raro; Jiménez-Nácher e cols.⁷ citam que até 1992 havia menos de 30 casos descritos na literatura mundial. Essa baixa incidência deve-se, provavelmente, ao fato do lento acúmulo de líquido e à distensibilidade cardíaca⁸. Os fatores precipitantes descritos como responsáveis pelo desencadeamento do tamponamento cardíaco incluem infecção, hemorragia pericárdica espontânea, terapia tireoidiana e paracentese abdominal.

A identificação do tamponamento cardíaco pelo hipotireoidismo é, pois, 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 radiografia.

No nosso caso, o diagnóstico foi baseado na clínica e nos achados ecográficos. O hipotireoidismo, como causa do derrame pericárdico e tamponamento foi diagnosticado como critério de exclusão, já que outras afecções (neoplasia, tuberculose) são causas mais freqüentes de derrame pericárdico não-traumático. A pesquisa etiológica do tamponamento cardíaco sempre deve ser realizada, mesmo em pacientes com hipotireoidismo primário evidente, já que essa associação é rara e que outras causas de tamponamento cardíaco dependem de um tratamento diferente ou mais agressivo⁹.

Quanto ao método de drenagem do tamponamento cardíaco, há controvérsias. Alguns autores sugerem uma abordagem cirúrgica (janela pericárdica) de imediato para prevenir recidiva, outros preferem a pericardiocentese e, se houver recidiva, optar pela janela¹⁰. As vantagens da janela pericárdica são a possível biópsia tecidual do pericárdio e a prevenção de recidivas.

O tratamento para o hipotireoidismo deve sempre se impor após a drenagem do tamponamento, porque geralmente há um resíduo de derrame após a pericardiocentese (com alto potencial de recidiva), que geralmente desaparece após terapia apropriada em um tempo que varia de um mês a um ano, podendo chegar até a 15 meses. O esquema terapêutico mais preconizado é a L-tiroxina, com dose inicial baixa (25mcg/dia), aumentando-se progressivamente a dose, já que doses de ataque altas podem propiciar novos derrames ou descompensação para tamponamento. No presente caso, a dose utilizada foi de 75mcg/dia e elevada para 125mcg/dia dentro de três dias, com continuação indefinida.

Referências

1. Hardisty CA, Naik DR, Munro DS. Pericardial effusion in hypothyroidism. Clin Endocrinol 1980; 13: 349-54.
2. Kerber RE, Sheman B. Echocardiographic evaluation of pericardial effusion in myxedema. Incidence and biochemical and clinical correlations. Circulation 1975; 52: 823-7.
3. Parving HH, Hansen JM, Nielson 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: 460-5.
4. Zondek H. Das myxodemherz. Munc Med Wochenschr 1918; 65: 1180-3.
5. Gottehrer A, Stanford G, Sahn AS, Roa J, Chernow B. Hypothyroidism and pleural effusions. Chest 1990; 98: 1130-2.
6. Kabadi UM, Kumar SP. Pericardial effusion in primary hypothyroidism. Am Heart J 1990; 120: 1393-5.
7. Jiménez-Nácher JJ, de Alonso N, Veja B, et al. Taponamiento cardíaco como forma de presentación de un hipotiroidismo primario en una mujer joven. Rev Clin Esp 1993; 193: 290-2.
8. Smolar EN, Rubin JE, Avramides A, et al. Cardiac tamponate in primary myxedema and review of literature. Am J Med Sci 1976; 272: 345-52.
9. Sainz AJ, Encinar JC, Torregrosa IQ, Parreño LT. Tamponamiento pericárdico como forma inicial de presentación de hipotiroidismo primario. Ver Esp Cardiol 2000; 53: 145-6.
10. Auguet T, Vázquez, Nolla J, Solsona JF. Cardiac tamponade and hypothyroidism. Int Care Med 1993; 19: 241.