



CASO CLÍNICO

Hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca e hipertiroidismo: caso clínico

Ana Baptista^{a,*}, Rui Pedro Costa^b, Catarina Ferreira^a, Pedro Mateus^a,
António Trigo Faria^b, Ilídio Moreira^a

^a Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

^b Serviço de Medicina, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Recebido a 29 de julho de 2011; aceite a 12 de julho de 2012

Disponível na Internet a 11 de janeiro de 2013

PALAVRAS-CHAVE

Hipertiroidismo;
Hipertensão
pulmonar;
Insuficiência cardíaca

KEYWORDS

Hyperthyroidism;
Pulmonary
hypertension;
Heart failure

Resumo Apresenta-se um caso de insuficiência cardíaca aguda como manifestação inicial de doença de Graves, ilustrando-se as suas complicações cardiovasculares: fibrilhação auricular, hipertensão pulmonar e insuficiência cardíaca. O caso mostra como as complicações do hipertiroidismo são potencialmente reversíveis, analisando-se, assim, a importância da sua inclusão nas causas de hipertensão pulmonar não explicada.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Pulmonary hypertension, heart failure and hyperthyroidism: A case report

Abstract We present a case of acute heart failure as the first manifestation of Graves' disease. It illustrates some of its cardiovascular complications, particularly atrial fibrillation, pulmonary hypertension and heart failure. This case report highlights the importance of considering hyperthyroidism as a cause of idiopathic pulmonary hypertension, and demonstrates the potential reversibility of its complications.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Caso clínico

Apresenta-se um caso clínico de insuficiência cardíaca (IC) aguda.

Mulher de 41 anos recorreu ao serviço de urgência por quadro de dispneia progressiva, classe IV da *New York Heart Association* (NYHA) à data de observação, e edema dos membros inferiores (MI) com cerca de uma semana de evolução. Negava febre, tosse, hemoptises, dor torácica, perda ponderal ou artralgias. Tratava-se de uma doente previamente saudável, agricultora, sem hábitos medicamentosos, tabágicos ou alcoólicos e sem viagens recentes.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: baptista_ana@hotmail.com (A. Baptista).

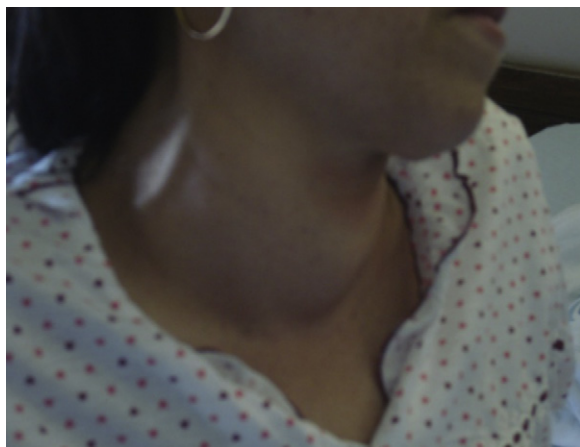


Figura 1 Bócio.

Na admissão, apresentava pulso irregular, 115 bpm, tensão arterial 147/86 mmHg, apirexia e saturação periférica de oxigênio de 97% a ar ambiente. Ao exame objetivo, verificou-se pele sudorética e cabelos finos. Exoftalmia e tireoide difusamente aumentada com frémito, sem nódulos palpáveis (Figura 1).

Era visível turgescência venosa jugular a 45° de 8 cm. Auscultação cardíaca sem sopros e pulmonar com crepitações bibasais. Apresentava hepatomegalia indolor de 2 cm abaixo da grade costal e edemas bilaterais dos MI até ao joelho.

Da investigação inicial do quadro clínico, realça-se: analiticamente anemia, D-dímeros e marcadores de necrose miocárdica negativos, com aumento do pro-BNP (Tabela 1) e radiografia do tórax com aumento do índice cardiotorácico (Figura 2).

Assim, o quadro foi interpretado como insuficiência cardíaca aguda, pelo que se prosseguiu a investigação etiológica com eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma transtorácico (EcoTT). O ECG revelou fibrilhação auricular (FA) com resposta ventricular média de 130 bpm, sem alterações do segmento ST-T (Figura 3).

O EcoTT, realizado com a doente em FA, mostrou alterações degenerativas das estruturas valvulares, sem compromisso hemodinâmico significativo. Insuficiência tricúspide ligeira a moderada, permitindo estimar pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) de 36 mmHg + pressão na aurícula direita (20 mmHg). Dilatação ligeira das cavidades direitas (área da aurícula direita de 26 cm²), com aplanamento do septo interventricular (SIV) secundário a sobrecarga do ventrículo direito (VD) (Figura 4), função

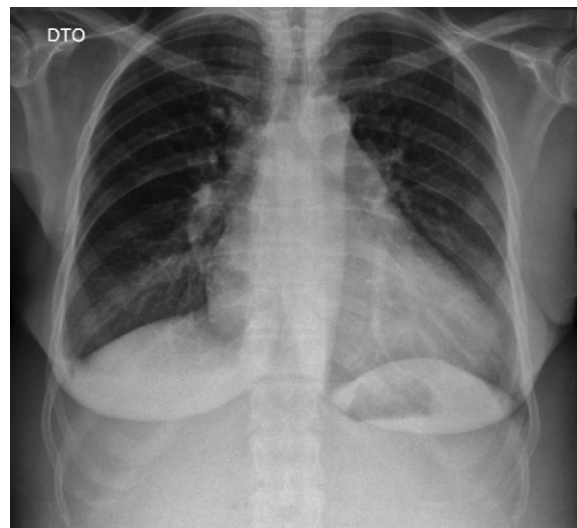


Figura 2 Radiografia torácica.

sistólica ventricular direita no limite inferior da normalidade (TAPSE de 1,7 cm; onda s de 13 cm/s) e dilatação ligeira da veia cava inferior (28 mm) com reduzida variabilidade respiratória – achados compatíveis com hipertensão pulmonar (HTP). Mostrou ainda dilatação moderada da aurícula esquerda (área de 31 cm²) e ventrículo esquerdo (VE) de dimensões normais (diâmetro telediastólico de 52 mm), com espessura normal das paredes ventriculares. Depressão ligeira da função sistólica do ventrículo esquerdo (FSVE) com fração de ejeção (FE) média de 46%. Pressões de enchimento do VE aumentadas (E/E' septal de 21,9).

As alterações ao exame físico sugeriam doença tireóidea, pelo que se realizou estudo da função tireóidea, que foi compatível com hipertireoidismo – T4 livre 100 pmol/mL (normal de 12-22) e TSH < 0,005 uIU/mL (0,27-4,20). Os anticorpos antirreceptor TSH (rTSH) revelaram-se aumentados, 12,28 U/L (para um normal < 1), e a ecografia tireóidea mostrou glândula tireoide de dimensões aumentadas com textura difusamente heterogênea, esboçando nódulos sólidos hiperecogénicos.

A combinação de tireoide difusamente aumentada, evidência analítica de tireotoxicose, exoftalmia e anticorpo anti-rTSH positivo, fazem diagnóstico de doença de Graves (DG). Assim, o diagnóstico foi de DG complicada com FA, HTP e IC. A doente iniciou terapêutica com metibazol (30 mg/d), propranolol (60 mg/d), enalapril (5 mg/d), furosemida (60 mg/d) e ácido acetilsalicílico (150 mg/d). Optou-se por antiagregação plaquetária, por ser a idade avançada o principal fator de risco para fenómenos embólicos no hipertireoidismo. Em indivíduos jovens, os riscos da anticoagulação parecem ser superiores aos seus potenciais benefícios¹.

Aos seis meses de tratamento médico, com função tireóidea normal há 3 (TSH 2,13 uIU/mL e T4L 0,881 pmol/L), a doente apresenta já melhoria da dispneia (de classe IV para II da NYHA) e ausência de edemas periféricos. No ECG, ritmo sinusal, com FC de 49 bpm. Na reavaliação por EcoTT, com PSAP de 38 mmHg, VD com dimensões no limite superior da normalidade. A avaliação da FSVE mostrou FE média de 54%. Apesar de estabelecido o eutiroidismo, a doente mantém bócio de grandes dimensões e anticorpos anti-rTSH positivos, que são preditores de futura recorrência². É pouco

Tabela 1 Resultados analíticos

	Resultado	Valores de referência
Leucócitos	5 200/uL	4 000-11 000
Hemoglobina	9,8 g/dL	11,5-16,0
Plaquetas	161 × 10 ³ /uL	150-450 × 10 ³
Creatinina	0,4 mg/dL	0,7-1,2
PCR	0,9 mg/dL	< 0,5
ProBNP	1 852,6 pg/mL	< 125
Troponina T	0,01 ng/mL	< 0,50
D-Dímeros	0,31 ug/mL	0-0,5

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126130>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126130>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)