

Hipotireoidismo como causa rara de ascite

Hypothyroidism as a rare cause of ascites

João Pedro Rodrigues de Melo, Amyr Chicharo Chacar
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil
Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

RESUMO

É raro que o hipotireoidismo se apresente clinicamente com ascite (<4%) como apresentação clínica principal. Por isso, nesses casos, o diagnóstico costuma ser tardio. Uma vez diagnosticada, a ascite mixedematosa melhora rapidamente com a introdução do tratamento adequado com hormônios tireoideanos. Esse artigo contempla o caso de uma paciente do sexo feminino na qual foi diagnosticada ascite secundária a hipotireoidismo não controlado e discussão sobre o assunto, pautada na literatura médica.

Descritores: ascite; hipotireoidismo; mixedema.

ABSTRACT

Ascites as the presenting feature of hypothyroidism is uncommon, hence diagnosis is often delayed. Once it is diagnosed, treatment of hypothyroidism leads to quick clinical improvement in ascites. This article report a case of a female patient who presented with ascites secondary to severe hypothyroidism and discuss characteristics of the ascitic fluid in myxedema ascites on the basis of literature review.

Keywords: ascites; hypothyroidism; myxedema.

Correspondência:

João Pedro Rodrigues de Melo
E-mail: joao.pedrox@hotmail.com
Data de submissão: 24/01/2020
Data de aceite: 01/12/2022

Trabalho realizado:

Serviço de Clínica Médica do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 11º andar - Vila Clementino
- CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O hipotireoidismo é uma condição clínica comum com um espectro amplo de apresentação sintomática. Sabe-se que, quando severo, pode levar a derrames cavitários como ascite e derrames pleural e pericárdico ¹⁻⁵.

A ascite causada pelo hipotireoidismo é rara (1 a 5% dos casos dessa afecção). A apresentação do hipotireoidismo apenas com ascite também não é comum e por isso, quando ocorre, o diagnóstico pode ser tardio. A ascite nesses pacientes é rapidamente resolvida ao tratar o hipotireoidismo de base ⁴⁻⁶.

Neste artigo será apresentado o caso de uma mulher de 72 anos, cirrótica, mas que mostrou quadro de ascite secundária ao hipotireoidismo importante e será discutido o assunto frente à revisão da literatura.

RELATO DE CASO

Mulher de 72 anos, foi admitida no Serviço com queixa de dispneia, dor torácica e edema de membros inferiores. Ao exame admissional apresentava dessaturação, edema de membros inferiores, ascite de moderado volume. Não apresentava turgência jugular, presença de ritmo de galope ou outros comemorativos compatíveis com insuficiência cardíaca descompensada. Frente ao quadro paciente submeteu-se a angiotomografia de tórax que mostrou trombo distal na artéria pulmonar esquerda. Iniciou anticoagulação plena com enoxaparina. Aos exames laboratoriais admissionais apresentava Hb 8,2 g/dL, VCM 75 fL, leucócitos 3.130, plaquetas 136.000, troponina 0,006 ng/L, INR 1,2, albumina 2,7 g/dL.

A paciente era portadora de cirrose por NASH CHILD A5 e nunca apresentou complicações associadas à doença. Também repõe hormônios tireoidianos há 23 anos após ter sido submetida a uma tireoidectomia

total curativa para um câncer de tireoide não especificado. Desde a cirurgia a paciente fazia uso de 200 mcg de levotiroxina por dia, porém passou em serviço externo, 30 dias antes da admissão, onde a dose foi reduzida para 100 mcg por dia.

Frente ao primeiro episódio de ascite, foi realizada paracentese diagnóstica. Observou-se líquido de aspecto gelatinoso e a análise do mesmo resultou gradiente soro-ascite (GASA) de 1,2 g/dL, proteínas totais 2,5 g/dL, pH >7,5, amilase 36 g/dL e lipase 27 g/dL. Além disso, foram coletados novos exames séricos mostrando TSH 7 UI/ml e T4 livre de 0,73 ng/dL.

Frente ao quadro de hipotireoidismo, alto nível de proteína no líquido ascítico e ausência de complicações da cirrose prévia, a equipe optou por retornar a dose usual de levotiroxina para a paciente (200 mcg por dia) e não iniciar diureticoterapia. Após três semanas do início das medidas, a paciente apresentava-se sem ascite, TSH 5,32 UI/ml e T4 livre 0,99 ng/dL confirmando assim a causa mixedematosa da ascite.

DISCUSSÃO

A hipotireoidismo é uma causa rara de ascite. Vista apenas em 1-5% dos casos dessa afecção ⁷. A fisiopatologia da ascite mixedematosa ainda não é completamente compreendida. Dentre as hipóteses, há indícios de que baixos níveis de hormônios tireoidianos circulantes levam ao aumento da permeabilidade capilar, o que resulta em extravasamento de plasma e proteínas para o compartimento extravascular ^{1,3,6,8}. Isso justificaria os níveis altos de proteína no líquido ascítico desses pacientes (>2,5 g/dL). Outra teoria envolve o efeito higroscópico do acúmulo de ácido hialurônico na pele, que leva ao edema. O ácido hialurônico é encontrado em pequena quantidade em pacientes com hipotireoidismo e não pode ser considerado

completamente responsável por causar ascite nesses pacientes, mas essa substância pode formar complexos de ácido hialurônico – albumina, o que prejudica a drenagem linfática e contribui para derrames cavitários⁴⁻⁵. Outra hipótese inclui a diminuição da depuração de água devido ao excesso de hormônio antidiurético nesses pacientes^{2,9}.

A análise do líquido ascítico é ponto chave para que se estabeleça um diagnóstico. A característica mais marcante da análise do líquido é o elevado nível de proteínas, o que ajuda a diferenciar da hipertensão portal. Pode-se apresentar com aspecto gelatinoso e o GASA pode variar entre alto ou baixo. O gradiente soro-ascite, quando alto (>1,1 g/dL) sugere que o líquido ascítico é secundário à hipertensão portal com 97% de acurácia. Já quando esse valor encontra-se abaixo de 1,1 g/dL, indica que a ascite não tem origem na hipertensão portal^{3,9-10}. No caso relatado a paciente apresentava líquido gelatinoso, alto nível de proteínas (2,5 g/dL) e GASA alto (1,2 g/dL).

Primeiramente a ascite mixedematosa foi descrita por Kocher em 1883 e o primeiro relato de caso foi descrito em 1950 por Paddock. Desde então, diversos casos foram publicados e as características comuns a eles são: predominância no sexo feminino, alto nível de proteína no líquido ascítico (>2,5 g/gL), hipercolesterolemia, diagnóstico de hipotireoidismo de longa data e, o mais importante, resolução completa da ascite com a reposição de hormônios tireoideanos^{4-5,8,11}.

Uma revisão de literatura analisou 53 casos de ascite mixedematosa e mostrou que a análise do líquido consistentemente mostra níveis elevados de proteína (> 2,5 g / dL) com média de 3,9 g/dL e níveis baixos^{2, 4,5} ou elevados de GASA com média de 1,5 g/dL e variação entre 0,8 e 2,3 g/dL^{1,3,11}.

O hipotireoidismo mal controlado também pode trazer algumas alterações laboratoriais que podem ajudar no seu diagnóstico, como anemia macrocítica e níveis elevados de colesterol e creatinofosfoquinase. Pacientes com hipotireoidismo autoimune podem ter de forma concomitante deficiência de vitamina B12 devido à anemia perniciosa associada. A medula óssea pode encontrar-se suprimida por deficiência de eritropoetina, que seria outra possível causa de anemia nesses pacientes¹².

CONCLUSÃO

O hipotireoidismo não controlado é uma causa reversível e rara de ascite. Como demonstrado no caso apresentado, deve-se atentar para esta doença não controlada nos casos de ascite e líquido com alto teor protéico. Isso também demonstra que dosagem de TSH e T4 livre devem ser acrescentadas na investigação de causas de ascite. Médicos em geral também devem atentar às alterações laboratoriais causadas por essa comorbidade, como anemia macrocítica, elevados níveis de creatinofosfoquinase e alterações no perfil lipídico, para incluírem o hipotireoidismo como diagnóstico diferencial quando essas alterações mostrarem-se presentes.

REFERÊNCIAS

1. Philips CA, Sinha U, Chattopadhyay P, Mukhopadhyay P, Haldar S. Isolated ascites in hypothyroidism: medical and ethical issues. *J Indian Med Assoc.* 2010;108(8):523–24.
2. Kabir A, Islam S, Bose A. A male person of 55 years with hypothyroidism, ascites and heart failure. *Mymensingh Med J.* 2015;24(2):416–19.
3. Kimura R, Imaeda K, Mizuno T, Wakami K, Yamada K, Okayama N, et al. Severe ascites

- with hypothyroidism and elevated CA125 concentration: a case report. *Endocr J*. 2007;54(5):751–55.
4. Ji JS, Chae HS, Cho YS, Kim HK, Kim SS, Kim CW, et al. Myxedema ascites: case report and literature review. *J Korean Med Sci*. 2006;21(4):761–64.
 5. Khalil RB, Rassi PE, Chammas N, Obeid J, Ghabach M, Sakr C, et al. Myxedema ascites with high CA- 125: case and a review of literature. *World J Hepatol*. 2013;5(2):86–89.
 6. Malik R, Hodgson H. The relationship between the thyroid gland and the liver. *QJM*. 2002;95(9):559–69.
 7. Watanakunakorn C, Hodges RE, Evans TC. Myxedema; a study of 400 cases. *Arch Intern Med*. 1965;116:183-90.
 8. Ipadeola A, Nkwocha GC, Adeleye JO. Subclinical hypothyroidism unmasked by preeclampsia and ascites. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013;17(Suppl 1):S173–S175.
 9. Subramanian V, Yaturu S. Symptomatic ascites in a patient with hypothyroidism of short duration. *Am J Med Sci*. 2007;333(1):48-52.
 10. Stinkens K, Vermeyen E, De Hondt G. A rare cause of ascites: myxoedema ascites. *Acta Clín Belg*. 2013;68(5):384-85.
 11. Subramanian V, Yaturu S. Symptomatic ascites in a patient with hypothyroidism of short duration. *Am J Med Sci*. 2007;333(1):48–52.
 12. Marzuillo P, Grandone A, Perrotta S, Ruggiero L, Capristo C, Luongo C, et al. Very early onset of autoimmune thyroiditis in a toddler with severe hypothyroidism presentation: a case report. *Ital J Pediatr*. 2016;42(1):61.