DOI: 10.32385/rpmgf.v41i6.14143

Diagnóstico no serviço de urgência: problema crónico ou agudo? Relato de caso

Constança Hipólito-Reis,[1] Mariana Ribeiro[2]

RESUMO

Introdução: As alterações da função tiroideia são prevalentes na população jovem-adulta e podem resultar numa clínica fruste ou numa clínica mais evidente com sintomatologia diversa que também ocorre muitas vezes em doenças psiquiátricas.

Descrição do caso: Jovem de 23 anos recorreu ao serviço de urgência com quadro de palpitações que se instalou de forma repentina em repouso. Referiu episódios semelhantes no passado, tanto em contexto de esforço como em repouso, que terão sido associados a uma perturbação da ansiedade, com agorafobia, que respondeu bem aos psicofármacos instituídos. Porém, negava ansiedade nesse momento. Ao exame objetivo apresentava exoftalmia bilateral, frequência cardíaca de 140 bpm e tensão arterial de 146/105 mmHg. O eletrocardiograma demonstrou taquicardia sinusal. Da avaliação analítica realizada salientavam-se TSH indetetável e T4 livre aumentada. Foi assumido o diagnóstico de hipertiroidismo primário de novo, tendo tido alta, medicado e referenciado a endocrinologia. O doente já tinha apresentado episódios de palpitações e crises de pânico em 2021; nessa altura foram requisitados pelo médico de família estudo analítico, eletrocardiograma e holter, que não realizou.

Comentário: O hipertiroidismo primário é uma condição clínica que diz respeito ao aumento da produção de hormonas tiroideias (tiroxina T4 e tri-iodotironina T3) pela glândula tiroide. Apresenta-se com sintomatologia diversa, como palpitações, perda de peso, irritabilidade, intolerância ao calor, hipersudorese e labilidade emocional. Ao exame objetivo é comum o doente apresentar tremor, taquicardia, aumento do tamanho da glândula tiroideia e exoftalmia. O tratamento desta patologia passa por associar um fármaco anti-tiroideu e um betabloqueador. Em vários estudos foi demonstrada uma associação entre a alteração da função tiroideia e o aumento da prevalência de doenças psiquiátricas, considerando que sintomas similares podem ser observados tanto em indivíduos com doença psiquiátrica como em indivíduos com hipertiroidismo. Por isso, está recomendada a avaliação da função tiroideia em população que apresenta aqueles sintomas

Palavras-chave: Hipertiroidismo; Taquicardia; Ataque de pânico; Função tiroideia.

INTRODUÇÃO

As alterações da função tiroideia são prevalentes na população jovem-adulta e podem resultar numa clínica fruste ou numa clínica mais evidente com sintomatologia diversa, nomeadamente palpitações, perda de peso, intolerância ao calor, hipersudorese, irritabilidade e labilidade emocional, que também ocorrem muitas vezes em doenças psiquiátricas.

DESCRIÇÃO DO CASO

Homem de 23 anos recorreu ao serviço de urgência (SU) com quadro de palpitações e "sensação de coração a acelerar", com cerca de três horas de evolução, que se instalou de forma repentina, em repouso, e que não cessou espontaneamente. Negava ansiedade no momento de início das queixas, mas referiu maior ansiedade na semana anterior. Sem referência a outras alterações do humor ou emocionais, nomeadamente humor deprimido, anedonia ou tristeza.

Negava qualquer outra sintomatologia, nomeadamente toracalgia, dispneia, tonturas, vómitos ou diarreia, bem como consumo de substâncias ilícitas. Negava episódios de síncope ou lipotimia associados a estas palpitações.

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Horizonte, Unidade Local Saúde Matosinhos. Matosinhos, Portugal.
2. Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar. Hospital Lusíadas Maia. Maia, Portugal.

Referiu episódios semelhantes no passado, tanto em contexto de esforço como em repouso, que terão sido associados a uma perturbação da ansiedade medicada com escitalopram 10 mg (1/2 comprimido, uma vez por dia), mas que o doente abandonou por iniciativa própria uns meses antes da ida à urgência.

Dos antecedentes pessoais destacava-se ainda rinite e asma, não medicadas no momento. A nível de antecedentes familiares, apenas patologia da mãe, com diagnóstico de hipotiroidismo, hipertensão arterial, ansiedade e obesidade.

Ao exame objetivo apresentava-se mais calmo, já assintomático, mas com frequência cardíaca de 140 bpm e tensão arterial de 146/105 mmHg. Destacava-se ainda exoftalmia bilateral evidente, que o utente referiu já ser prolongada, mas que terá agravado recentemente. Sem outros achados de relevo à observação.

Realizou eletrocardiograma que confirmou taquicardia sinusal, com frequência cardíaca de 140 bpm. Da avaliação analítica realizada salientava-se uma TSH indetetável (<0,01 uUI/mL) e uma T4 livre aumentada de 2,86 ng/dL.

Foi assumido o diagnóstico de hipertiroidismo primário de novo, tendo tido alta do SU medicado com atenolol 25 mg/dia e metimasol 5 mg 12/12h e pedido de consulta de endocrinologia.

Consulta de reavaliação

Uma semana após a ida ao SU foi observado em consulta no centro de saúde pelo seu médico assistente, que reavaliou a história pregressa. Foi constatada a existência de episódios de palpitações e de crises de pânico já desde 2021; na altura foi solicitado um Holter e análises com função tiroideia, que o doente não realizou e foi prescrito escitalopram 10 mg uma vez por dia. Um ano mais tarde foi observado em consulta e foi feito novo pedido de análises com pesquisa da função tiroideia (TSH e T4 livre), que o doente não realizou. Em fevereiro/2023, o doente teve uma consulta no centro de saúde onde apresentou novamente queixas de palpitações episódicas, com objetivação de taquicardia ao exame (frequência cardíaca de 130 bpm pelo método auscultatório). Foi solicitado um eletrocardiograma (que o doente não chegou a entregar ao médico de família) e foi medicado sintomaticamente com bisoprolol 2,5 mg uma vez por dia. Não houve mais nenhum contacto do doente com os cuidados de saúde até ao dia em que foi ao SU e, uma semana depois, à consulta de reavaliação no centro de saúde.

Nesta consulta de reavaliação foi então pedida análise de controlo da função tiroideia e uma ecografia da tiroide, manteve-se metimazol 5 mg 12/12h e foi aumentada a dose de atenolol para 50 mg por dia. Para além das medidas terapêuticas foi também explicado ao doente a importância de realizar e entregar os resultados dos exames prescritos, uma vez que as queixas iniciais poderiam já ser resultado de alteração da função tiroideia; também o facto de o doente não ter realizado as análises solicitadas poderia ter contribuído para o atraso do diagnóstico e do tratamento farmacológico.

COMENTÁRIO

O hipertiroidismo primário é uma condição clínica que diz respeito ao aumento da produção de hormonas tiroideias (tirotoxina T4 e tri-iodotironina T3) pela glândula tiroide.

É mais frequente em mulheres em idade reprodutiva (20-50 anos) e apresenta-se com sintomatologia diversa, nomeadamente sensação de palpitações, perda de peso, irritabilidade, intolerância ao calor, hipersudorese e labilidade emocional. Ao exame objetivo é comum o doente apresentar tremor, taquicardia e aumento do tamanho da glândula (bócio), podendo ainda apresentar exoftalmia.

Quando a história clínica faz o médico suspeitar de hipertiroidismo deve ser realizado um estudo analítico geral, com função tiroideia. Quando há redução da TSH (hormona estimulante da tiroide) deve confirmar-se o diagnóstico de hipertiroidismo primário com análise de T4 livre (elevada confirma o diagnóstico, reduzida obriga a análise de T3 livre para distinguir entre tirotoxicose e hipertiroidismo subclínico).

O tratamento desta patologia passa por associar um fármaco anti-tiroideu (metamizol ou propiuracilo) para inibir a síntese hormonal a um fármaco betabloqueador (atenolol, propanolol ou metoprolol) para controlo da sintomatologia cardíaca.

Em relação ao prognóstico, o hipertiroidismo está associado a um maior risco de morte cardiovascular em doentes com patologia cardíaca ou respiratória concomitante.

Em vários estudos está documentada a ativação do sistema endócrino, nomeadamente do eixo hipolálamo-hipófise-tiroide perante situações de maior *stress*. Foi também demonstrada uma associação entre a alteração da função tiroideia e o aumento da prevalência de doenças psiquiátricas, nomeadamente perturbação da ansiedade generalizada, perturbação de pânico e perturbação depressiva.

Assim, está recomendado o rastreio de alterações da função tiroideia em população que apresenta os sintomas acima mencionados, que podem estar igualmente presentes em indivíduos com doença psiquiátrica e indivíduos com hipertiroidismo ou hipotiroidismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, Garber JR, Greenlee MC, Klein I, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. Endocr Pract. 2011;17(3):456-520.
2. Bowen RC. Differential diagnosis of anxiety disorders. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 1983;7(4-6):605-9.
3. Giovanella L. Update on diagnosis and treatment of hyperthyroidism. Q J Nucl Med Mol Imaging. 2021;65(2):89-90.
4. Kikuchi M, Komuro R, Oka H, Kidani T, Hanaoka A, Koshino Y. Relationship between anxiety and thyroid function in patients with panic disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2005;29(1):77-81.
5. Matsukawa T, Mano T, Gotoh E, Minamisawa K, Ishii M. Altered muscle sympathetic nerve activity in hyperthyroidism and hypothyroidism. J Auton Nerv Syst. 1993;42(2):171-5.
6. Orenstein H, Peskind A, Raskind MA. Thyroid disorders in female psychiatric patients with panic disorder or agoraphobia. Am J Psychiatry. 1988;145(11):1428-30.
7. Placidi GP, Boldrini M, Patronelli A, Fiore E, Chiovato L, Perugi G, et al. Prevalence of psychiatric disorders in thyroid diseased patients. Neuropsychobiology. 1998;38(4):222-5.
8. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, et al. 2016 American Thyroid Association guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. Thyroid. 2016;26(10):1343-421. Erratum in: Thyroid. 2025;35(9):1097.
9. Simon NM, Blacker D, Korbly NB, Sharma SG, Worthington JJ, Otto MW, et al. Hypothyroidism and hyperthyroidism in anxiety disorders revisited: new data and literature review. J Affect Disord. 2002;69(1-3):209-17.
10. Vidili G, Delitala A, Manetti R. Subclinical hyperthyroidism: the cardiovascular point of view. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021;25(8):3264-71.
11. Wiersinga WM, Poppe KG, Effraimidis G. Hyperthyroidism: aetiology, pathogenesis, diagnosis, management, complications, and prognosis. Lancet Diabetes Endocrinol. 2023;11(4):282-98.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, CHR e MS; análise formal, CHR e MS; redação, revisão e validação do texto final, CHR e MS.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram não existir quaisquer fontes externas de financiamento.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Foi obtido consentimento do doente para publicação do artigo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Constança Hipólito-Reis
E-mail: constanca.carvalho97@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-6355-2991

Recebido em 08-10-2024
Aceite para publicação em 22-06-2025

ABSTRACT

DIAGNOSIS IN THE EMERGENCY ROOM: CHRONIC OR ACUTE AILMENT? CASE REPORT

Case description: A 23-year-old male went to the emergency room complaining of palpitations that started suddenly when resting. Mentioned similar past episodes, both when under physical exertion and when at rest, that had been previously attributed to anxiety related to agoraphobia. The subject reacted positively to initial psychiatric medication; however, at the emergency room, they denied feeling anxious. Physical examination showed bilateral exophthalmos, heart rate of 140 bpm, and blood pressure of 146/105 mmHg. ECG demonstrated sinus tachycardia. Blood sample analysis showed undetectable TSH and increased levels of free T4. Diagnosis was assumed to be primary hyperthyroidism de novo; the subject was given medication, cleared, and referred for an endocrinology appointment. The patient had shown episodes of tachycardia and panic attacks since 2021, with the family doctor requesting blood sample analysis, ECG, and a Holter exam, which had not been concluded.

Comments: Primary hyperthyroidism is a medical condition characterized by an increased production of thyroid hormones (thyroxine T4, and triiodothyronine T3) by the thyroid. It presents diverse symptoms such as palpitations, weight loss, irritability, low heat tolerance, hyperperspiration, and mood swings. During physical examination, patients often display tremors, tachycardia, a swollen gland, and exophthalmos. The treatment is usually a combination of anti-thyroid medicine and beta-blockers. Several studies demonstrated a positive correlation between changes in thyroid function and psychiatric conditions. As such, it is recommended to evaluate thyroid functioning in patients exhibiting psychiatric symptoms.

Keywords: Hyperthyroidism; Sinus tachycardia.

Já conhece o My AstraZeneca?

O portal com as **novidades científicas** da sua especialidade.

PT-21128, aprovado em 04/2025

AstraZeneca

myastrazeneca.pt