Flash Look

Quando suspeitar de orbitopatia tiroideia e que exames solicitar?

Mara Ferreira; João Cabral[1]
[1]Assistente Hospitalar Graduado do Hospital da Luz

O diagnóstico da orbitopatia tiroideia (OT) é baseado na presença de sintomas e sinais orbito-oftálmicos, auto-imunidade tiroideia e exclusão de outras orbitopatias. Não tem clínica patognomónica, mas uma orbitopatia bilateral (a OT é a causa mais frequente de doença orbitária nos adultos, 3x mais na mulher), num paciente com doença de Graves (DG), torna o diagnóstico altamente provável (a OT surge em 25-50% dos doentes com DG).

O doente encaminhado pelo endocrinologista com DG, com a típica retração palpebral e proptose não é propriamente um desafio (mais de 90% das OT ocorrem no início do hipertiroidismo associado à doença de Graves), pode ser de difícil tratamento mas o diagnóstico é imediato.

Em cerca de 70% dos pacientes os sintomas e sinais iniciais são retração palpebral ou edema periorbitário. 40% queixam-se de sensação de corpo estranho, fotofobia, lacrimejo e olho vermelho. A associação da congestão periorbitária com as queixas de irritação da superfície ocular leva muitas vezes ao diagnóstico incorreto de conjuntivite alérgica. Outros sintomas menos frequentes são proptose, diplopia, dor com os movimentos oculares, dor periorbitária e alteração da visão.

Atualmente não existem testes laboratoriais inequívocos de diagnóstico da OT, contudo concentrações serológicas elevadas de anticorpos anti-receptor da TSH (TRAbs), dependendo do método utilizado para a sua aferição, encontram-se em mais de 95% dos doentes com DG. Nos doentes em eutiroidismo a detecção dos TRAbs é fundamental para o diagnóstico. Os níveis dos TRAbs parecem estar correlacionados com a atividade e gravidade da OT, tal como com o prognóstico da doença. A função tiroideia influencia o curso da doença orbitária, pelo que a sua monotorização e controlo são importantes.

As alterações orbitárias unilaterais também não são critério de exclusão pois ocorrem em 15% dos casos. Nestes uma tomografia computorizada (TC) com cortes coronais e axiais, sem contraste, é importante para exclusão de outras orbitopatias. O aumento dos ventres musculares, mais frequentemente dos rectos inferiores e rectos internos, poupando a inserção tendinosa, é a imagem típica. Perante uma doença orbitária devemos, especialmente na fase inicial em que o timing do diagnóstico é mais difícil e decisivo, pensar como uma patologia iceberg, ou seja, subtis sintomas e sinais é que estão ao nosso alcance (Só se encontra aquilo que se procura!). Uma história clínica detalhada, a colaboração do endocrinologista, pedido do estudo analítico tiroideu, e imagiológico orbitário, dá-nos o diagnóstico na maioria dos casos.

BIBLIOGRAFIA

1. Wiersinga W.M., Kahaly G.J.; Graves' Orbiyopathy a multidisciplinar approach; Karger, 2007.
2. Saavedra I.G., Fernández N.T.; Orbitopatia de Graves; Editorial Glosa, SL, 2011.
3. Douglas R.S., McCoy A., Gupta S.; Thyroid Eye Disease; Springer, 2015.
4. Moreiras J.V.P.; Oftalmopatia tiroidea; Sociedad Española de Oftalmología, 1995.
5. Char D.H.; Thyroid Eye Disease; Churchill Livingstone, 2nd Ed., 1990.