

Versamento pericardico in corso di ipotiroidismo

Vincenzo Carbone

Medico di medicina generale
Alessandria della Rocca (AG)

in collaborazione con

Giovanni Alongi

Medico interno c/o Cardiologia
Università degli Studi di Messina

Una donna di 43 anni si presenta in ambulatorio lamentando una stanchezza eccessiva nello svolgere le normali attività fisiche quotidiane, di doversi fermare più volte per salire le due rampe di scale di casa, di essere aumentata di peso (sette kg) in sei mesi, pur avendo mantenuto la sua normale alimentazione, di avere una eccessiva sonnolenza e un rallentamento generalizzato; accusa altresì una perdita esagerata di capelli da circa tre mesi.

Visita ambulatoriale

■ **Anamnesi:** nulla di particolarmente rilevante; sposata, ha avuto due gravidanze e due figli in buona salute; da otto mesi alterazioni del ciclo mestruale con assenza di mestruo da tre cicli. Segnala che da circa tre mesi necessita di due cuscini per dormire.

■ **Esame obiettivo:** paziente obesa: kg 84 per 1.61 m di altezza, BMI 32 kg/m². PA 130/90 mmHg. FC 58 bpm, ritmico. Presenza di edemi lievi declivi (segno della fovea).

I toni cardiaci sono parafonici. Presenta turgore delle giugulari. Assenza di rumori umidi alle basi polmonari. Per l'obesità addominale non è esplorabile il fegato.

Indagini diagnostiche

Ho fatto eseguire esami ematici di base che mostrano una elevata ipercolesterolemia totale (314 mg/dL) e LDL (211 mg/dL); i restanti esami sono nei limiti.

Sospettando uno scompenso cardiaco, invio la paziente al collega cardiologo, il quale esegue un ECG.

■ **Elettrocardiogramma:** bradicardia sinusale, bassi voltaggi diffusi con alterazioni della ripolarizzazione ventricolare.

La visita conferma quanto da me obiettivo e assieme decidiamo di fare eseguire anche un ecocardiogramma.

■ **Ecocardiogramma:** versamento pericardico massivo, diffuso, in atto non tamponante. Il ventricolo si-

nistro presenta una sufficiente cinési globale (EF 50%) e segmentaria. Le altre camere cardiache sono nella norma; regolari i flussi valvolari. Il rapporto E/A mostra segni di elevata pressione telediastolica ventricolare sinistra.

Decido quindi di ricoverare immediatamente la paziente.

Ricovero ospedaliero e diagnosi

In ospedale viene confermato il massivo versamento pericardico, che essendo non tamponante non viene drenato, ma monitorato. Nel frattempo viene iniziata terapia medica di supporto.

La paziente viene quindi sottoposta a ulteriori esami, volti a studiare la tiroide.

■ **Esami ematochimici:** severo ipotiroidismo con elevatissimo TSH (143 mU/ml), basso fT3 e fT4, alti valori degli anticorpi anti-tireoperossidasi (AbATPO) e anti-tireoglobulina (AbATG).

■ **Ecografia tiroidea:** tiroide aumentata di volume, con aree multiple cistiche e segni di fibrosi diffusa.

Su consulto endocrinologico viene iniziata terapia con levotiroxina 150 mcg/die.

Viene posta diagnosi di ipotiroidismo secondario a tiroidite autoimmune.

La paziente ricava un notevole beneficio dalla terapia, tanto che dopo 10 giorni il versamento appare ridotto e i sintomi della dispnea migliorati e quasi regrediti.

Decorso clinico

La paziente viene dimessa e seguita ambulatoriamente per altri due mesi, fino alla completa regressione del versamento pericardico. Nel frattempo è dimagrita di 4 kg, sono scomparsi gli edemi e la dispnea. È più attiva e dinamica, i capelli sono cominciati a ricrescere e la sua voce, che era diventata roca e bassa, ha ripreso la tonalità e il timbro precedente all'inizio della malattia.

Dopo 4 mesi i livelli degli ormoni tiroidei appaiono bilanciati con 125 mcg/die di levotiroxina.

Approfondimento

Il versamento pericardico massivo rappresenta una delle complicanze cardiovascolari relativamente frequenti dell'ipotiroidismo.

Possono essere presenti, inoltre, vari gradi di bradicardia, bassi voltaggi diffusi dell'onda P e QRS e prolungamento del tratto QT all'ECG, vari gradi di inefficienza contrattile energetica, ipertensione diastolica, pressione differenziale ridotta e ipercolesterolemia totale e LDL.

Ne deriva un rischio cardiovascolare globale aumentato, con possibilità di complicanze aritmiche gravi (torsioni di punta) legate all'allungamento del QT.

Il versamento pericardico è legato a un aumento del volume di distribuzione generalizzato dell'albumina e ad una riduzione della funzione di clearance linfatica.

Occasionalmente è rilevabile per le sue dimensioni da una radiogra-

fia standard del torace. L'ecocardiogramma TT rappresenta l'indagine di elezione, dimostrando un versamento da piccolo a moderato o massivo in circa il 30% dei pazienti con ipotiroidismo manifesto.

La presenza di versamento pericardico negli ipotiroidici generalmente non compromette la gittata cardiaca.

Il tamponamento cardiaco è estremamente raro (raramente richiede pericardiocentesi o pericardiotomia) e il versamento si risolve in un periodo di settimane o mesi dopo l'inizio della terapia ormonale sostitutiva.

Il liquido che costituisce il versamento pericardico è caratterizzato da un'elevata concentrazione di proteine ed è molto ricco di colesterolo.

■ **Commento**

L'ipotiroidismo secondario a tiroidite autoimmune senza gozzo (atrofica)

e quella più frequente con gozzo (malattia di Hashimoto) rappresenta la causa più frequente di ipotiroidismo nei bambini e negli adulti. È molto più frequente nelle donne con età >30 anni, anche se è riscontrabile negli uomini.

Il danno tiroideo è legato a una attività antitiroide sia cellulo- che anticorpo-mediato. Gli anticorpi antitireoglobulina non hanno attività biologica a differenza di quelli anti-tireoperossidasi che sembra possano essere citotossici.

Tra i fattori di rischio per tiroidite autoimmune vi è il sesso femminile e la familiarità per malattie della tiroide.

La storia naturale della tiroidite autoimmune è estremamente variabile con vari gradi di persistenza temporale degli anticorpi antitiroide, vari gradi di ipotiroidismo, ma nel corso del tempo si arriva sempre e inevitabilmente a ipotiroidismo franco.

Essendo lenta e graduale l'insorgenza dell'ipotiroidismo e dei suoi sintomi, tutto ciò predispone a una difficoltà diagnostica non indifferente. Infatti, nella nostra paziente, solo il riscontro del versamento pericardico e la dispnea sono state la causa del ricovero ospedaliero, dove è stato poi diagnosticato l'ipotiroidismo.

Per questo motivo bisogna prestare molta attenzione alle variazioni fisiologiche e organiche che i nostri pazienti riferiscono o alle quali assistiamo personalmente, essendo i medici di famiglia quelli più strettamente a contatto con essi.

Sarebbe bastata una diagnosi più precoce, con l'introduzione di una più tempestiva terapia ormonale sostitutiva per evitare la complicità del versamento pericardico, che fortunatamente, come abbiamo visto, non ha necessitato di terapia invasiva o chirurgica.