

REUNIÃO DE OUTONO

GRUPO DE ESTUDO DA TIRÓIDE

26 de novembro de 2022
Hotel D. Luís, Coimbra



Aceder à versão digital
do programa com resumos

PROGRAMA

PROGRAMA

| | |
|--------------|---|
| 08:30h | Abertura do Secretariado |
| 09:30-10:45h | IMPLEMENTAÇÃO DA ONCOLOGIA DE PRECISÃO NO CANCRO DA TIRÓIDE <i>Moderação:</i> Dr. Fernando Rodrigues e Dra. Cláudia Freitas |
| 09:30-09:50h | Desafios e boas práticas no diagnóstico molecular Profa. Doutora Branca Cavaco |
| 09:50-10:10h | Tumores avançados da tiróide Prof. Doutor Valeriano Leite |
| 10:10-10:30h | A que doentes e quando? A prática clínica Dr. Tiago Silva |
| 10:30-10:45h | Discussão |
| 10:45-11:15h | Coffee-break |
| 11:15-12:15h | CARCINOMAS AVANÇADOS DO EPITÉLIO FOLICULAR – TUMORES IODO-REFRACTÁRIOS <i>Moderação:</i> Dra. Elisabete Rodrigues, Dra. Maria João Oliveira e Dra. Teresa Martins |
| 11:15-11:35h | Lenvatinib Dra. Sara Donato |
| 11:35-11:55h | Cabozantinib Dra. Joana Maciel |
| 11:55-12:15h | Inibidores do RET Prof. Doutor Miguel Melo |
| 12:15-12:30h | Discussão |
| 12:30-14:00h | Almoço |
| 14:00-14:30h | TUMORES ANAPLÁSICOS E POUCO DIFERENCIADOS – UMA NOVA ERA <i>Moderação:</i> Prof. Doutor Luís Raposo, Dr. André Carvalho e Dr. Francisco Rosário Inibidores do BRAF Dr. Tiago Silva |

14:30-15:50h

COMUNICAÇÕES ORAIS – PATOLOGIA MALIGNA DA TIRÓIDE

CO 01 Metástases da tiroide: A propósito de um caso clínico

Moderação: Dra. Isabel Manita e Dra. Ana Catarina Matos

CO 02 Carcinoma papilar da tiroide com metastização no SNC: O poder dos ITKS num caso muito raro

Moderação: Dra. Ana Gonçalves Ferreira e Dr. Gustavo Rocha

CO 03 Carcinoma papilar da tiróide – Terapêutica com iodo 131 na doença locorregional persistente/recorrente

Moderação: Dra. Cristina Ribeiro e Dra. Alexandra Araújo

CO 04 Apresentação inesperada de carcinoma papilar: Impacto das terapêuticas atuais na carga tumoral

Moderação: Dra. Catarina Saraiva e Dra. Teresa Azevedo

CO 05 Carcinoma papilar da tiroide metastático refratário ao iodo: Um caso clínico de re-diferenciação

Moderação: Dra. Rute Ferreira e Dra. Daniela Cavaco

CO 06 Carcinoma papilar da tiroide metastático com mutação BRAF V600E: A propósito de um caso clínico

Moderação: Dr. Ricardo Capitão e Dra. Jacinta Santos

CO 07 Carcinoma pouco diferenciado da tiroide – Um desafio diagnóstico e terapêutico

Moderação: Dra. Isabel Manita e Dr. Tiago Silva

CO 08 Carcinoma medular da tiroide metastizado sob terapêutica com Selpercatinib

Moderação: Dra. Isabel Manita e Dr. Tiago Silva

15:50h

ENCERRAMENTO

Projetos GET

- Consenso e grupo de trabalho da Implementação da Oncologia de Precisão no Cancro da Tiróide
- Reunião multidisciplinar de casos difíceis na Oncologia da Tiróide
- Grupo de Trabalho – Oftalmopatia de Graves
- Critérios de alta da consulta de Oncologia da Tiróide
- Infecção Covid 19 e Tiróide

CO 01

METÁSTASES DA TIROIDE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Rita Ferreira¹; Bárbara Castro¹;
Andréia Amado¹; João Varanda¹; Susana Graça¹;
Antónia Povoas¹; Carlos Soares¹; Bela Pereira¹;
Manuel Oliveira¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: Apesar do relevante suprimento vascular da tiroide, a incidência de metastização para a mesma é inferior a 4%, dentro de todos os seus tumores malignos. As principais neoplasias primárias a envolver a tiroide são o carcinoma de células renais (48,1%), o cancro colo-rectal (10,4%) e o cancro da mama, pelo que um caso de adenocarcinoma do pulmão com metastização da tiroide representa uma condição rara.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de um doente do género masculino, 60 anos, em seguimento por Pneumologia por diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão, no contexto de estudo etiológico de hemoptises. Como antecedentes relevantes apenas o facto de ser ex-fumador (45 UMA). Após estadiamento e discussão em consulta de grupo multidisciplinar, foi definido como cT3 N2 M0 e proposto para Video-assisted thoracoscopic surgery à direita. Nesta cirurgia, o tumor do lobo médio era indissociável do pericárdio e aparentemente com implantes tumorais, pelo que foi definido como irressecável. O doente iniciou quimioterapia (carboplatina e pemetrexed). Entretanto foi feito re-estadiamento com TC e PET, que revelou de novo uma lesão nodular a nível da 4ª porção do duodeno e ainda uma massa na continuidade do pólo inferior da tiroide à direita com 32x21 mm (cT4 N2 M1b). A lesão da tiroide foi submetida a CBA e o resultado anatomopatológico

mostrou carcinoma pouco diferenciado, imuno-histoquimicamente (KRAS positivo e PD-L1 100%) a favorecer carcinoma metastático de origem pulmonar. Repetiu também RM cerebral com aparecimento de metastização cerebral. Pela franca progressão da doença, é decidido tratamento de 2ª linha com pembrolizumab e RT paliativa anti-hemorrágica de lesão duodenal, bem como RT cerebral. Após 10 ciclos, o TC cervico-TAP mostrou de relevo um incremento dimensional acentuado de lesão expansiva do pescoço, com 67x46x77 mm. Foi ainda discutido novamente em consulta de grupo multidisciplinar e decidido por início de docetaxel e RT cervical, porém o doente faleceu.

Conclusão: O cancro do pulmão apresenta elevada prevalência de metastização, sendo o mais comum a nível cerebral, ósseo, fígado ou pulmão contralateral. No caso reportado apresenta-se uma localização atípica da doença oligometastática de um adenocarcinoma do pulmão, nomeadamente a nível da tiroide, com apenas alguns casos raros descritos na literatura. As metástases para a tiroide estão associadas a um mau prognóstico. A cirurgia está indicada em casos de metastização isolada, com comprovado incremento na sobrevida. No entanto, para os casos com mais de uma metástase, a QT é a opção recomendada ou a RT como tratamento paliativo e de controlo de sintomas causados por uma massa tiroideia. Em forma de conclusão, de salientar que o aparecimento de um nódulo da tiroide num doente em follow-up neoplásico deve despertar uma investigação para uma abordagem precoce e agressiva.

CO 02

CARCINOMA PAPILAR DA TIROIDE COM METASTIZAÇÃO NO SNC: O PODER DOS ITKS NUM CASO MUITO RARO

Maria Leonor Guia Lopes¹; Tiago Silva²;
Francisco Sousa Santos¹; Clotilde Limbert¹;
João Sequeira Duarte¹; Valeriano Leite²

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital
Egas Moniz ² IPO Lisboa

Introdução: Os carcinomas papilares da tiroide (CPT) apresentam bom prognóstico quando diagnosticados precocemente. Contudo, em estádios mais avançados, podem apresentar invasão de órgãos cervicais adjacentes, metastização (MTX) ganglionar e à distância, mais frequentemente, para o pulmão e osso. A MTX para o sistema nervoso central (SNC) é extremamente rara e está associada a sobrevida muito curta. Os inibidores multi-cinase (iTKs) são a primeira linha terapêutica na doença metastática iodo-refratária.

Caso clínico: Homem, 73 anos, diagnosticado em novembro de 2019, com múltiplas lesões pulmonares aparentemente metastáticas e bócio multinodular, em contexto de quadro agudo de hemoptises. A biópsia de um dos nódulos pulmonares foi compatível com MTX de CPT (TTF1+,PAX8+ e Tg+). Realizou-se punção aspirativa por agulha fina do nódulo tiroideu de maiores dimensões (7 cm) que foi compatível com CPT. Nessa altura, apesar do provável mau prognóstico, o doente recusou cuidados. Em novembro de 2020, é readmitido por quadro confusional agudo e diminuição súbita da visão à direita. A tomografia computadorizada crâneo-encefálica revelou uma lesão ocupando espaço occipitoparietal esquerda com 52x36mm. Realizou-se exérese cirúrgica da massa que se revelou tratar de MTX de CPT. Subsequentemente, realizou-se tiroidectomia total com resultado histológico definitivo de CPT (7cm) com invasão vascular (pT3N0M1). Por agravamento metabólico em

18PET-FDG iniciou terapêutica sistémica com lenvatinib 14 mg/d, com titulação progressiva para 24 mg/d. Como efeitos secundários objetivaram-se episódios pontuais de diarreia, agravamento de hipertensão e perda de peso, mas sem necessidade de interromper tratamento. Após 20 meses de terapêutica sistémica, verifica-se resposta significativa da Tg, estabilidade das lesões pulmonares e não se identificam novas metástases do SNC. O doente mantém status funcional pleno com 24 mg/d de lenvatinib.

Conclusão: Este é um caso raro de carcinoma papilar da tiroide com metastização atípica. O risco e velocidade de progressão aumentam significativamente quando estes tumores metastáticos são iodo-refratários ou apresentam captação em 18PET-FDG. Os iTks são terapêuticas que têm vindo a mostrar-se muito úteis no controlo da doença sistémica, quer em adjuvância quer, em alguns casos, como terapêutica neoadjuvante. Neste caso, após exérese de lesão do SNC, não foram detetadas recidivas nesse local e o doente mantém-se estável há mais de 20 meses sob lenvatinib.

CO 03

CARCINOMA PAPILAR DA TIRÓIDE – TERAPÊUTICA COM IODO 131 NA DOENÇA LOCORREGIONAL PERSISTENTE/ RECORRENTE

Andreia Martins Fernandes¹; Ana Rita Elvas¹; Raquel G. Martins¹; Joana Couto¹; Jacinta Santos¹; Teresa Martins¹; Fernando Rodrigues¹

¹IPO Coimbra

Introdução: O carcinoma papilar da tiróide tem, em geral, um excelente prognóstico, contudo a recorrência/persistência locorregional da doença não é infrequente. Embora não exista um consenso, a cirurgia é considerada a abordagem preferencial, sendo o iodo-131 (I131) uma opção na metastização ganglionar de pequeno volume ou em combi-

nação com a cirurgia. Apresentamos 5 casos de carcinoma papilar com doença locorregional persistente/recorrente, que apresentaram resposta favorável à terapêutica com I131.

Caso clínico: Caso 1- Homem, 62A; Carcinoma papilar, pT3N1b. A cintigrafia pós-terapêutica (CPT) revelou captação suspeita de metástase ganglionar cervical, que foi corroborada em TC cervical. Um ano após, foi objetivado desaparecimento da adenopatia de 13 mm na ecografia e TC cervical. Mantém resposta excelente após 5 anos. Caso 2- Mulher, 45A; Carcinoma papilar, pT2N1b. CPT com captação a nível cervical. Manteve vigilância com Tg negativa e anticorpos anti-Tg elevados. Cintigrafia realizada 2 anos após sem fixações anómalas. Posteriormente, aparecimento de nódulo na loca direita com 5 mm com citologia positiva para metástase. Realizou 2ª terapêutica com I131. CPT sem fixação a nível cervical. Ecografia com locas livres. Atualmente, Tg indoseável com anticorpos anti-Tg negativos. Caso 3- Mulher, 43A; Carcinoma papilar, pT1bN1b. Pós-operatoriamente, objetivada adenopatia laterocervical esquerda com 9 mm. Esta foi submetida a citopunção com doseamento de Tg no lavado da agulha, que foi positivo. Realizada terapêutica com I131, tendo a CPT demonstrado captação na região cervical anterior. Analiticamente, Tg indoseável com anticorpos anti-Tg persistentemente elevados. Realizou 2ª terapêutica com I131. CPT sem fixações suspeitas. Ecograficamente sem adenopatias cervicais. Mantém Tg indoseável e anticorpos anti-Tg estabilizados após 8 anos. Caso 4- Homem, 69A; Carcinoma papilar, pT2(m)N1b. CPT com suspeita de metástase ganglionar laterocervical direita, confirmada por ecografia que demonstrou adenopatia com 17 mm. Realizada citopunção com doseamento de Tg, que confirmou tratar-se de metástase. Efetuou 2ª terapêutica de I131 oito meses após.

CPT sem captações anómalas. Após 2 anos, mantém resposta excelente. Caso 5- Homem, 42A; Carcinoma papilar, pT2(m)N1b. CPT demonstrou metastização ganglionar cervical múltipla.

Efetuou 2ª terapêutica com I131 dez meses após, com CPT a demonstrar apenas um foco a nível cervical. Após 4 anos, mantém Tg <0,20 ng/mL com anticorpos anti-Tg negativos. Ecografia com locas livres e sem adenopatias laterocervicais.

Conclusão: A terapêutica com I131 é uma opção a considerar na abordagem de doença metastática cervical persistente/recorrente de pequeno volume, que demonstre avidéz pelo iodo, em alternativa à reoperação.

CO 04

APRESENTAÇÃO INESPERADA DE CARCINOMA PAPILAR: IMPACTO DAS TERAPÊUTICAS ATUAIS NA CARGA TUMORAL

Ana Carreira¹; Bárbara Araújo¹; Inês Vieira¹; Joana Saraiva¹; Dírcea Rodrigues¹; Miguel Melo¹; Isabel Paiva¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O carcinoma papilar da tiroide tem um prognóstico favorável na maioria dos casos. No entanto, algumas variantes histológicas estão associadas a piores resultados clínicos e cerca de 10-15% dos doentes apresentam metastização à distância no momento do diagnóstico, por vezes em localizações atípicas.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 73 anos, observado em julho/2021 por lesão ulcerada oral exuberante, após extração de dente, e por lesões com 3 meses de evolução na clavícula direita e grelha costal esquerda, acompanhadas de dor e perda ponderal (15kg). Iniciou terapêutica para controlo álgico e realizou biópsia das lesões (oral e costal), cuja análise levantou a suspeição de

metástase de tumor primário da tireoide. Fez ecografia e citologia aspirativa de nódulo de 2,7cm da tireoide, com resultado maligno. A pesquisa de mutações NRAS ou BRAF600 foi negativa. Realizou TC toracoabdominopelvica e PET-FDG, que evidenciaram metástases ósseas múltiplas [maiores com 5cm (clavícula) e 7cm (grelha costal)], ganglionares, pulmonares e suprarrenais bilaterais. Realizou prova do tetracosactídeo (cortisol $4,9 > 14 > 17$ ug/dL) e iniciou prednisolona 5mg/dia. Em outubro, realizou tireoidectomia total e excisão de lesão cutânea; com diagnóstico histológico de carcinoma papilar, variante sólida/trabecular, multifocal, T2N0M1, R0, e metástase cutânea. Fez terapêutica com iodo (I)-131 em dezembro (100 mCi), com cintigrafia a evidenciar captação heterogênea inter- e intralesional nas lesões ósseas. A RM da coluna (janeiro) evidenciou compressão medular em D6-D8 e L1-L2, sendo iniciada imediatamente radioterapia (RT) dirigida a essas lesões (20Gy), e também à lesão clavicular (8Gy) e da grelha costal (8Gy) e iniciando posteriormente terapêutica com lenvatinib (fevereiro). Em maio atingiu um valor máximo de tiroglobulina (Tg) de 5551ng/mL e realizou um segundo tratamento com I -131 (200 mCi), com evidência de aumento global da captação de iodo nas metástases esqueléticas conhecidas. Até agosto realizou ainda RT (20Gy) na lesão mandibular e excisou 3 lesões cutâneas da face, para facilitar a deglutição e higiene. Atualmente, o doente está sob levotiroxina 250ug/dia e lenvatinib 14mg/dia, com controlo algico otimizado e manutenção da autonomia e rotinas diárias. Apresenta TSH $< 0,1$ uUI/ml, Tg de 1591ng/mL e redução muito significativa da dimensão das lesões ósseas.

Conclusão: A combinação de múltiplas armas terapêuticas teve um efeito sinérgico na redução da carga tumoral, com possível contributo do lenvatinib para o aumento da captação de

iodo nas lesões ósseas. A terapêutica instituída possibilitou, deste modo, uma melhoria acentuada da qualidade de vida do doente.

CO 05

CARCINOMA PAPILAR DA TIROIDE METASTÁTICO REFRATÁRIO AO IODO: UM CASO CLÍNICO DE RE-DIFERENCIAÇÃO

Francisca Puga¹; Livia Lamartina²

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António ² Instituto Gustave Roussy, Unidade de Oncologia Endócrina, Villejuif, França

Introdução: O carcinoma diferenciado da tireoide metastático e refratário ao iodo (RAIR-DTC) associa-se a mau prognóstico. Os inibidores multikinase de tirosina são a terapêutica gold-standard, mas associam-se ao desenvolvimento de resistência e a efeitos adversos significativos. Neste contexto, a re-diferenciação tem ganho popularidade, consistindo na aplicação de fármacos capazes de restaurar a sensibilidade ao iodo. Algumas pequenas séries têm sugerido um potencial promissor do uso combinado de inibidores BRAF/MEK na re-diferenciação de RAIR-DTCs com mutação BRAFV600E.

Caso clínico: Homem de 61 anos, recorre aos cuidados de saúde por astenia e massa cervical. A investigação realizada revelou um CDT com metastização ganglionar e lesões pulmonares secundárias. A tireoidectomia total com esvaziamento do compartimento lateral direito revelou um carcinoma papilar da tireoide, variante células altas, de 55mm, pT3N1b. Após a cirurgia, realizou tratamento com 100mCi I 131, sem qualquer uptake significativo na cintigrafia pós-terapêutica de corpo inteiro. A tomografia por emissão de positrões com tomografia computadorizada (PET-CT) com fluorodesoxiglicose demonstrava fixação ao nível dos nódulos pulmonares e da loca cirúrgica. O estudo molecular revelou mutação BRAFV600E. O carcinoma foi classificado como RAIR e após discussão multidisciplinar,

foi iniciada terapêutica com um inibidor BRAF (dabrafenib 150mg bid) e um inibidor MEK (trametinib 2mg id) durante 6 semanas, como tentativa de re-diferenciação. Posteriormente foram administrados 150mCi I131, tendo a cintigrafia pós-terapêutica evidenciado franca re-diferenciação, com uptake pulmonar intenso bilateral e peri e pré-traqueal. O nível de tiroglobulina aumentou exponencialmente nas primeiras semanas após o início da terapêutica com dabrafenib/trametinib, a favor do fenómeno de re-diferenciação, com redução progressiva posterior após a administração de I131. Três e seis meses após o tratamento objetivou-se uma resposta RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumours) de -40% e -83% respetivamente, nas lesões pulmonares. Três anos após, mantém estabilidade das lesões, sem qualquer terapêutica dirigida.

Conclusão: Este caso ilustra o potencial de re-diferenciação do uso combinado de dabrafenib e trametinib em doentes com RAI-DTC com mutação BRAFV600E. A re-diferenciação poderá vir a ser considerada como uma alternativa à terapêutica convencional, atendendo ao seu perfil favorável de efeitos adversos.

CO 06

CARCINOMA PAPILAR DA TIROIDE METASTÁTICO COM MUTAÇÃO BRAFV600E: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Lomelino Pinheiro ¹; Tiago Nunes da Silva¹; Valeriano Leite¹

¹IPO Lisboa

Introdução: O carcinoma papilar da tiroide (CPT) metastático refratário ao iodo radioativo (I131) associa-se a pior prognóstico. A utilização dos inibidores multicinase (TKI), apesar de ser considerada terapêutica de primeira linha, pode ser limitada pelos efeitos adversos (risco de fistulização em caso de invasão de órgão). A terapêutica com inibidores BRAF/MEK tem demonstrado resultados promissores nos CPT BRAFV600E mutados refratários

ao I131. Apresentamos um caso de CPT localmente agressivo, I131-refratário, em que a utilização dos inibidores BRAF/MEK evitou laringectomia total.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 73 anos, com CPT variante clássica, 35mm, com invasão traqueal e dos tecidos moles peritiroideus e metastização ganglionar (pT4N1bMx), operado em 2009. Fez terapêutica com 119mCi de I131, tendo ficado sem evidência de doença. Por progressão bioquímica de doença, fez segunda terapêutica com 150mCi de I131 em 2013, sem captação cervical na cintigrafia corporal. O doente manteve elevação da tiroglobulina. Em 2014, foi documentada recidiva paratraqueal direita, submetido a cirurgia (shaving traqueal), com consequente paralisia da corda vocal direita. O resultado histológico confirmou infiltração extensa por CPT. Em 2017, fez terceira intervenção cirúrgica com exérese de metástases subcutâneas de CPT. Em 2020, por progressão bioquímica, realizou PET-FDG que mostrou hipercaptação na região paratraqueal superior direita. Os restantes exames de estadiamento (TC e broncofibroscopia) demonstraram lesão justatraqueal (15x11mm) com invasão da traqueia até à cricoide, condicionando redução do calibre da mesma, compatível com recidiva tumoral. Perante um doente com CPT localmente agressivo, multitratado, I131 refratário, com laringectomia como única opção cirúrgica, optou-se por terapêutica médica. O estudo molecular identificou a mutação BRAFV600E, tendo iniciado Dabrafenib 150mg 2id e Trametinib 2mg (DT) em junho 2020. Os exames imagiológicos realizados um mês após início do DT, mostraram redução dimensional das lesões paratraqueais (11x5mm), bem como diminuição da captação em PET. Contudo, em agosto 2020 houve necessidade de suspensão temporária da terapêutica por febre e anorexia. O doente foi diagnosticado

com tuberculose pulmonar, tendo iniciado tuberculostáticos, que manteve durante 1 ano. Durante dois anos de DT, manteve doença traqueal estável e boa qualidade de vida. A TC cervicotorácica (outubro 2022) confirmou estabilidade da lesão paratraqueal. Não foram documentadas novas lesões. Conclusão: Este caso ilustra o potencial benefício dos inibidores BRAF/MEK em doentes com CPT-BRAF-V600E metastático, I131 refratário, que tem vindo a ser demonstrada em pequenas séries da literatura. Esta terapêutica poderá ser uma alternativa aos TKI, dado o seu perfil favorável em termos de efeitos secundários e respostas duradouras com poupança de órgão.

CO 07

CARCINOMA POUCO DIFERENCIADO DA TIROIDE – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Bárbara Castro¹; Ana Rita Ferreira¹; João Varanda¹; Susana Graça¹; Gustavo Rocha¹; Antónia Póvoa¹; Carlos Soares¹; Maria João Oliveira¹; Manuel Oliveira¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O carcinoma pouco diferenciado da tiroide (CPDT) é uma entidade rara. A sua histologia e prognóstico situam-se entre o carcinoma bem diferenciado da tiroide e o anaplásico. O objetivo deste trabalho é alertar para a existência desta entidade, reportando um caso clínico de CPDT metastático, a sua abordagem e tratamento.

Caso clínico: Mulher, 41 anos, com antecedentes pessoais de depressão, medicada com trazodona 150 mg e escitalopram 10 mg, enviada à consulta de Cirurgia Geral por um tumor folicular de 55mm no lobo esquerdo da tiroide. Foi submetida a hemitiroidectomia esquerda, sem intercorrências, e o exame histológico foi compatível com CPDT. A doente foi submetida a totalização, sem evidência de neoplasia na peça ressecada. Um mês depois, foi identificada uma lesão quística

supraclavicular esquerda, que veio a revelar-se não responsiva à terapêutica com I131. A citologia da lesão foi positiva para células malignas (TTF1+), pelo q foi realizado PET-FDG que mostrou captação aumentada na loca tiroideia esquerda e captação sugestiva de metástase no nódulo supra-clavicular e em três nódulos pulmonares. Perante uma doença persistente, agressiva e não responsiva ao I131, a doente iniciou lenvatinib 24 mg. Com esta terapêutica, verificou-se redução dimensional das metástases pulmonares e da lesão da loca tiroideia, bem como desaparecimento da lesão supra-clavicular. A doente completou dois anos de follow-up, sem surgimento de novas lesões, mantendo-se clínica e imagiologicamente estável. Conclusão: O CPDT é uma lesão agressiva com sobrevida média livre de doença inferior a um ano. O seu tratamento engloba a tireoidectomia total com esvaziamento ganglionar e I131. Os inibidores da tirosina cinase constituem uma opção na recidiva ou progressão da doença, na resistência ao I131 e na doença metastática. Este caso clínico é um exemplo paradigmático da dificuldade diagnóstica e terapêutica desta entidade.

CO 08

CARCINOMA MEDULAR DA TIROIDE METASTIZADO SOB TERAPÊUTICA COM SELPERCATINIB

Bárbara Araújo¹; Cristina Ribeiro¹; Joana Saraiva¹; Miguel Melo¹; Sandra Paiva¹; Isabel Paiva¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Os casos familiares de carcinoma medular da tiroide (CMT), e 60% dos esporádicos, estão associados a mutações do RET. A abordagem terapêutica no CMT metastático mudou drasticamente nos últimos anos, com a descoberta dos inibidores de tirosina-cinases (TKIs), que demonstraram prolongar a sobrevida livre de doença. Contudo, os efei-

tos adversos e os mecanismos de resistência geneticamente adquiridos podem condicionar o sucesso terapêutico. Os TKIs seletivos recentemente aprovados, como o Selpercatinib, demonstraram eficácia em ensaios clínicos, mesmo em casos de resistência ao Vandetanib. Ainda existem poucos dados de “mundo-real” acerca da eficácia e segurança destes fármacos.

Caso clínico: Homem de 37 anos, MEN2A associado a doença de Hirschsprung, mutação germinativa no exão 10, gene RET, codão 620 (risco moderado). Diagnóstico de CMT em 2001, submetido a tireoidectomia total noutra instituição, com perda posterior de seguimento. Retoma seguimento em 2014, no nosso centro, após deteção de metastização óssea. Analiticamente: calcitonina (Ct) 60428 pg/mL (<10), CEA 1947 ng/mL (<5,4), metanefrinas plasmáticas, cálcio e PTH normais. PET-18FDG com evidência de doença ganglionar cervical e no osso ilíaco. Foi submetido a remoção cirúrgica da asa direita do ilíaco e esvaziamento ganglionar cervical bilateral; terapêuticas posteriores com Lu-177-DOTATATE e I-123-MIBG. Por progressão da doença, iniciou em 2016 Vandetanib 300 mg id. Durante o seguimento houve necessidade de redução temporária da dose para 200 mg id por elevação das provas hepáticas. Manteve Ct entre 3400 e 6984 pg/mL; CEA entre 223 e 338 ng/mL. TC e PET-18FDG em 2021 demonstram progressão da doença, com metastização cervical e hepática. Em agosto de 2022 inicia Selpercatinib 160 mg 2id. Reavaliação 80 dias depois: Ct 108 pg/mL, CEA 34 ng/mL; TC-cervical com redução das dimensões e realce das lesões, com doença estável segundo os critérios RECIST. Apresentou elevação da tensão arterial, com necessidade de iniciar anti-hipertensor.

Conclusão: Apresenta-se um caso de CMT metastizado, com uma rápida resposta bio-

química e radiológica ao Selpercatinib, verificando-se uma redução acentuada dos níveis de calcitonina. Este caso realça a resposta favorável a este fármaco, em casos de resistência ao Vandetanib. Apesar disso, são necessários dados de seguimento a longo-prazo, de forma a averiguar se a resposta a este fármaco é sustentada e se existe aumento da sobrevida global destes doentes.

PO 01

BÓCIO MULTINODULAR GIGANTE EM DOENTE COM SÍNDROME DE COWDEN

João Roque¹; Pedro Marques¹; Dinis Reis¹;
Maria João Bugalho¹

¹*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

Introdução: A Síndrome de Cowden (SC) é uma doença genética rara causada por mutações patogénicas no gene PTEN. A incidência é de 1:200.000 indivíduos, e o diagnóstico é geralmente estabelecido na terceira década de vida. As manifestações mais comuns são hamartomas, particularmente na pele, bem como tumores em múltiplos órgãos, nomeadamente tiróide, cólon, mama, endométrio, entre outros. O diagnóstico presuntivo baseia-se na clínica, mas deve ser confirmado com teste genético.

Caso clínico: Homem de 58 anos com diagnóstico de SC, referenciado à consulta de endocrinologia por bócio multinodular (BMN) gigante. O diagnóstico genético tinha sido estabelecido aos 38 anos, quando foi identificado gangliocitoma do hemisfério cerebeloso esquerdo (doença de Lhermitte-Duclos). O BMN era conhecido desde os 18 anos, com crescimento progressivo. No entanto, manteve-se assintomático, com múltiplas citologias aspirativas benignas e função tiroideia normal, recusando intervenção cirúrgica em várias ocasiões. À primeira avaliação em consulta, apresentava-se sem estridor e com sinal de Pemberton negativo, apesar do volumoso bócio mergulhante com múltiplos nódulos palpáveis de consistência elástica. A ecografia tiroideia documentou múltiplos nódulos, os maiores com 6cm de diâmetro. A TC descrevia lobos direito e esquerdo com

diâmetros longitudinais de 14cm e 11cm, respetivamente, com extensão intra-torácica, condicionando compressão ligeira e desvio direito da traqueia, bem como empurramento da glândula submaxilar direita. Pelas dimensões e aspetos ecográficos suspeitos foi proposta novamente tiroidectomia total, que o doente aceitou. A cirurgia decorreu sem complicações. A histologia mostrou múltiplos adenomas foliculares, com um único foco de carcinoma papilar da tiróide variante clássica, com 1mm de maior diâmetro.

Discussão: A SC está associada a incidência aumentada de doença nodular da tiróide (DNT) benigna (até 73%) e de carcinoma da tiróide (risco entre 3 e 38%). Por esse motivo, é recomendada avaliação ecográfica anual a partir dos 18 anos. O diagnóstico de DNT na SC é geralmente estabelecido aos 30-45 anos, sendo de esperar um crescimento progressivo ao longo do tempo. A maioria dos doentes com SC e DNT é eventualmente submetida a tiroidectomia total. No entanto, intervenção cirúrgica profilática em todos os doentes com SC não está recomendada. As lesões histológicas mais frequentemente identificadas são: nódulos adenomatosos, carcinoma papilar da tiróide, tiroidite linfocítica, hiperplasia de células C (mas não carcinoma medular), e carcinoma folicular. Além disso, a SC está também associada a maior incidência de tiroidite de Hashimoto e hipotiroidismo (prevalências de 40% e 27%, respetivamente). O caso apresentado parece corresponder a um dos BMN mais exuberantes reportados na literatura e contribui para o conhecimento da história natural da DNT na SC.

PO 02

DO SÍNDROME MARINE-LENHART AO CARCINOMA DA TIRÓIDE: A PROPÓSITO DE UM CASO

Henrique Carmona Alexandrino¹;
Marta Almeida Ferreira¹; Daniel Martins¹;
Hugo Pereira¹; Susana Graça¹; Antónia Póvoa¹;
Carlos Soares¹; Maria João Oliveira¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A síndrome Marine-Lenhart consiste na coexistência de doença Graves (DG) com nódulos hiperfuncionantes. A maioria dos adenomas tóxicos (AT) são benignos pelo que a associação destes nódulos com carcinoma da tiróide (CT) é extremamente rara.

Caso clínico: Homem de 46 anos, enviado a consulta de Endocrinologia por perda de peso, insónia, intolerância ao calor, hiperdefecação, irritabilidade e palpitações, com dois anos de evolução e agravamento progressivo. Ao exame objetivo detectou-se um nódulo firme, com 1,5 cm de diâmetro na região cervical esquerda, com adenomegalias cervicais homolaterais, a maior com 2 cm de diâmetro, elástica, pouco móvel. Apresentava tremor fino das mãos; sem exoftalmia. Analiticamente: TSH <0,01 uUI/mL (0,4-4), T4L=1,58 ng/dL (0,72-1,4), anticorpos anti-TPO=10,6 UI/mL (<15), Anti-Tg=0,1 UI/mL (<4) e TRABS=3,2 U/L (<1,75). Ecografia cervical: nódulo heterogéneo, que ocupa todo o lobo esquerdo (LE) da tiróide, hipoeogénico, com macrocalcificações centrais, com limites irregulares e mal definidos, vascularização mista, que mede 20*25*24mm; adenopatias cervicais esquerdas, a maior localizada no compartimento III, com áreas quísticas, calcificações, vascularização central, ausência de hilo, hiperrecogénica, que mede 15*10mm. Cintigrafia da tiróide com Tc-99m: hipercaptação difusa e heterogenea e volumosa área de hipercaptação no LE, índice captação=11,2% (1%-3,5%). Iniciou tratamento com tiamazol 5 mg

e propranolol 10mg tid. Citologia aspirativa por agulha fina (CAAF) da maior adenopatia cervical: metastização por carcinoma da tiróide. Doseamento de tiroglobulina no lavado da agulha:

4898ng/mL. Dado o exposto, considerado diagnóstico de DG e carcinoma papilar concomitante em nódulo tóxico. Discutido em consulta de grupo opção cirúrgica, que foi aceite pelo doente. Realizada tiroidectomia total, linfadenectomia do compartimento central e funcional do compartimento lateral esquerdo, onde foi notada invasão do nervo laríngeo recorrente homolateral. Anatomia patológica compatível com carcinoma papilar no nódulo do LE, multicêntrico, com extensão extratiroideia macroscópica, margem cirúrgica positiva (no LE), invasão linfática e metastização ganglionar - pT3b(m) N1b LV1 PN1 R1. Aguarda ablação com iodo radioactivo e seguimento em consulta oncologia tiroideia.

Conclusão: A literatura não é unânime relativamente à possibilidade da DG poder aumentar o risco de CT. No entanto, é rara a presença de CT nos AT. Por rotina, não se deve fazer CAAF de AT, a não ser que existam características de elevada suspeição.

É fundamental a avaliação cuidada e completa da topografia da região cervical na avaliação de patologia nodular da tiróide.

PO 03

CARCINOMA PAPILAR DA TIRÓIDE METASTIZADO NUMA DOENTE COM BÓCIO MULTINODULAR TÓXICO

Valentim Lopes¹; Catarina Machado¹;
Sara Campos Lopes¹; Catarina Matos¹;
Adriana De Sousa Lages¹; Ricardo Pereira¹;
Joana Maciel¹

¹Hospital de Braga

Introdução: O carcinoma papilar da tiróide representa aproximadamente 80% dos casos de neoplasia maligna da tiróide. Os nódulos hiperfuncionantes estão classicamente as-

sociados a baixo risco de malignidade, não estando, por isso, recomendada a sua caracterização por punção aspirativa por agulha fina (PAAF).

Caso clínico: Mulher, 82 anos, referenciada a consulta de Endocrinologia por bócio multinodular associado a hipertiroidismo subclínico. Ecograficamente com múltiplos nódulos tiroideus bilaterais, o dominante com 32 mm no 1/3 médio do lobo esquerdo (LE) e classificado como EU-TIRADS 3. A cintigrafia tiroideia com Tc-99m pertecnetato mostrou hiper captação no 1/3 médio do LE, sugestiva de nódulo hiperfuncionante, com frenação parcial funcional do restante parênquima. Assumido diagnóstico de adenoma tóxico, não tendo sido realizada PAAF. Aproximadamente 3 anos após o diagnóstico de BMN, a doente notou aparecimento de uma tumefação na região temporal direita, assim como noção de aumento do volume do bócio, sem, no entanto, condicionar sintomas compressivos. Pelo crescimento da lesão temporal num curto espaço de tempo (aproximadamente 6 meses), a doente foi proposta para exérese, a qual não foi possível por se tratar de lesão infiltrativa e muito friável. Realizada biópsia incisional, cuja histologia revelou tratar-se de metástase de carcinoma papilar da tiróide. Na reavaliação ecográfica, a totalidade do LE estava ocupada por conglomerado nodular heterogéneo, predominantemente hipoecogénico, com alternância de áreas quísticas e sólidas, com macro e microcalcificações, com limites mal definidos e irregulares (EU-TIRADS 5). A PAAF foi compatível com carcinoma papilar da tiróide. A TC cervico-torácica de estadiamento revelou neoplasia invasiva, sem planos de clivagem com estruturas vizinhas, e metastização ganglionar cervical e pulmonar bilateral. A PET-FDG confirmou os achados da TC, não tendo evidenciado outros focos metastáticos. A RM crânio-encefálico evidenciou destruição

óssea da calote fronto-temporal direita, sem invasão do parênquima encefálico subjacente. Diagnosticado assim carcinoma papilar da tiróide metastizado, localmente irremediável.

Conclusão: Apesar de as guidelines internacionais recomendarem a não realização de PAAF a nódulos hiperfuncionantes, este caso demonstra que a hiperfunção de um nódulo tiroideu não exclui, definitivamente, a possibilidade de malignidade, realçando a importância da individualização das decisões diagnósticas e evidenciando que a realização de CAAF a nódulos quentes pode estar indicada em casos de elevada suspeita clínica. De facto, estudos recentes mostram que a incidência de carcinoma da tiróide em nódulos hiperfuncionantes parece não ser tão baixa como previamente pensado, levantando-se a seguinte questão: estaremos perante uma alteração de paradigma na gestão diagnóstica da patologia nodular da tiróide?

Organização



Sponsors



Secretariado

admédic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

paula.cordeiro@admedic.pt
www.admedic.pt