

REUNIÃO DE OUTONO

GRUPO DE ESTUDO DA TIROIDE

18 de novembro de 2023
Hotel D. Luís, Coimbra



PROGRAMA

Organização



SPEDM
SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENDOCRINOLOGIA,
DIABETES E METABOLISMO

Apoios



Secretariado

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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



PROGRAMA

09:00h	Abertura do Secretariado
09:45-10:15h	iodo radioactivo no carcinoma diferenciado da tiroide: presente e futuro Fernando Rodrigues, Valeriano Leite, António Garrão e Inês Sampaio
09:45-10:05h	Biologia molecular e iodo, mecanismos de atuação e resistência da tiroide gânglios e metástases Paula Soares
10:05-10:15h	Discussão
10:15-11:00h	O iodo 131 na vida real: a evidência e a experiência Elisabete Rodrigues, Cláudia Freitas e Francisco Rosário
10:15-10:30h	Revisão crítica da evidência disponível sobre o uso do iodo no carcinoma diferenciado da tiroide Tiago Silva
10:30-10:45h	Uso prático do iodo no carcinoma diferenciado da tiroide – Ablação/adjuvância e terapêutica: Gânglios, pulmão e osso Teresa C. Ferreira
10:45-11:00h	Discussão
11:00-11:30h	Coffee break
11:30-12:30h	iodo 131 – perspectivas futuras Maria João Oliveira, Luís Raposo e Ana Paula Marques
11:30-11:50h	Novos paradigmas do uso do iodo 131: Papel do PET-FDG, protocolos de rediferenciação e novos tratamentos para além dos NIS Gracinda Costa
11:50-12:10h	iodo 131 e terapêuticas alvo – Novas sinergias Miguel Melo
12:10-12:30h	Discussão
12:30-13:00h	inibidores RET – onde estamos para onde vamos ? Tiago Nunes da Silva
13:00-14:30h	Almoço
14:30-16:00h	comunicações orais Comunicação 1 <i>Moderadoras:</i> Dra. Ana Gonçalves Ferreira e Dra. Joana Saraiva Comunicação 2 <i>Moderadoras:</i> Dra. Inês Sapinho e Dra. Catarina Matos Comunicação 3 <i>Moderadoras:</i> Dra. Cristina Ribeiro e Dra. Teresa Martins Comunicação 4 <i>Moderadoras:</i> Dra. Isabel Inácio e Dra. Teresa Azevedo Comunicação 5 <i>Moderadoras:</i> Dra. Rute Ferreira e Dra. Mariana Martinho Comunicação 6 <i>Moderadoras:</i> Dra. Raquel Martins e Dra. Jacinta Santos
16:00h	ENCERRAMENTO

REUNIÃO DE OUTONO DO GRUPO DE ESTUDO DA TIROIDE

COMUNICAÇÕES ORAIS | 14:30-16:00h

Moderadoras: Dra. Ana Gonçalves Ferreira e Dra. Joana Saraiva

CO 01

TUMOR TRABECULAR HIALINIZANTE – UM CASO RARO

Susana Alexandra Henriques; Ricardo Marques; Jorge Oliveira; David Barbosa; Isabel Nascimento

Hospital Garcia de Orta

Introdução: O tumor trabecular hialinizante (TTH) é um tumor raro derivado das células foliculares, tendo um potencial de malignidade muito baixo. Apresenta características microscópicas semelhantes ao carcinoma papilar com o qual faz diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Mulher de 40 anos, saudável e sem antecedentes familiares relevantes foi encaminhada para a consulta por nódulo tiroideu do lobo direito de crescimento progressivo. Ecograficamente com 29x15x20mm, hipocogénico, de limites bem definidos e contornos regulares, com vascularização periférica moderada, sem adenopatias nos territórios ganglionares cervicais. A citologia com agulha fina deste nódulo mostrou ser suspeito para malignidade, nomeadamente carcinoma papilar. A doente foi submetida a tiroidectomia total, sem intercorrências no período peri-operatório.

O resultado histológico revelou um tumor de 25x17x13mm, unifocal, derivado do epitélio folicular com padrão trabecular, com hialinização. Sem invasão capsular, necrose tumoral, invasão linfática, vascular ou perineural. Nenhum dos 7 gânglios removidos com a peça tinha envolvimento metastático. Foi ainda identificado infiltrado inflamatório, de fenótipo mononucleado, de predomínio linfocitário e plasmocitário com formação de agregados linfóides com centros germinativos. A marcação imuno-histoquímica foi positiva para tiroglobulina, TTF-1, CK19, HBME-1, galectina-3; negativo para calcitonina, BRAFV600E, marcadores neuroendócrinos e MIB-1. Face a estas características estabeleceu-se como mais provável hipótese diagnóstica um TTH. A favorecer ainda este diagnóstico identificou-se tiroidite linfocítica crónica.

Conclusão: Apesar das características deste caso serem favoráveis a um TTH, o seu diagnóstico diferencial mais importante será com um carcinoma papilar TTH-like, cujas características histoquímicas se assemelham.

Segundo a definição da 5ª edição da *WHO Classification of Endocrine and Neuroendocrine Tumors*, o TTH é uma neoplasia de baixo risco. No entanto, ainda não é claro o seu comportamento, uma vez que já foram descritos metástases em alguns casos. Ainda assim, é considerado um tumor indolente e cuja excisão não implica terapêutica adicional, apenas vigilância. Assim, torna-se importante estabelecer o seu diagnóstico correto.

Moderadoras: Dra. Inês Sapinho e Dra. Catarina Matos

CO 02

UM DIAGNÓSTICO MUITO RARO EM ONCOLOGIA TIROIDEIA

Ana Quítalo¹; Ana Quítalo¹; Leonor Pinto²; Henrique Pina³; Daniela Cavaco²; Tiago Silva²; Valeriano Leite²

¹Hospital Garcia de Orta; ²Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.; ³Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A maioria dos tumores tiroideus têm origem nas células foliculares (>90%) e, menos frequentemente, em células parafoliculares (3-4%). No entanto, até 5% dos tumores primários da tiroide derivam de células não tiroideias. Nestes casos o diagnóstico diferencial pode ser desafiante.

Caso clínico: Mulher de 20 anos, com antecedentes de anemia crónica e malária, referenciada à consulta por lesão cervical com 10 meses de evolução e crescimento rápido nos últimos 2 meses, associada a disfagia para sólidos. À palpação cervical identificou-se um nódulo duro, pouco móvel e indolor, no lobo esquerdo da tiroide com cerca de 70mm. A ecografia cervical revelou um nódulo tiroideu heterogéneo e marcadamente hipocogénico com 64x47x41mm, TIRADS 5, sem adenopatias. Na TC cervical, o mesmo foi descrito com 86mm, com efeito de massa sobre a traqueia, sem sinais inequívocos de invasão esofágica e traqueal. A broncofibroscopia confirmou uma redução de 70% do calibre da traqueia, sem invasão da mucosa. Analiticamente em eutiroidismo, com tiroglobulina (Tg) de 37ng/mL (<55). A CAAF inicial do nódulo teve resultado não diagnóstico. A segunda CAAF teve um diagnóstico suspeito de carcinoma medular, com valores de calcitonina sérica <8.5pg/mL. Após avaliação multidisciplinar, foi realizada tiroidectomia total. A histologia revelou uma neoplasia bifásica bem delimitada predominantemente fusocelular, com áreas epitelioides, sem necrose, com um baixo índice mitótico e sem invasão vascular ou extensão extratiroideia. Na imunohistoquímica as células neoplásicas foram positivas para citoqueratinas, P40 e P63, e negativas para TTF1, TG, calcitonina e CD117, sem alterações sugestivas de sarcoma. Desta forma, foi feito o diagnóstico de tumor fusocelular epitelial com elementos do tipo tímico (SETTLE). Atualmente, no pós-operatório, com Tg de 3.7ng/mL.

Conclusão: O SETTLE é um tumor maligno de baixo grau da tiroide que se pensa ser derivado dos arcos branquiais ou remanescentes intratiroideus do timo. Ocorre sobretudo em idade jovem mas, pela sua baixa incidência, a informação existente é baseada em casos clínicos. Apesar da histologia e imunofenótipo característicos, o comportamento clínico e avaliação citológica podem confundir o diagnóstico inicial. A cirurgia é a primeira linha terapêutica e, embora estejam descritos alguns casos de metastização à distância, têm geralmente um bom prognóstico. Pela raridade, não existem recomendações específicas para o seguimento destes doentes.

CO 03

CARCINOMA PAPILAR DA TIRÓIDE COM ORIGEM NUM QUISTO DO CANAL TIREOGLOSSO: UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Valentim Lopes; Patrícia Brito; Adriana De Sousa Lages; Joana Maciel; Ricardo Pereira; Catarina Martins Machado
Hospital de Braga

Introdução: Os quistos do canal tireoglossos (QCT) constituem massas cervicais congénitas frequentes, sendo, na sua maioria, benignos. O carcinoma papilar da tiróide (CPT) com origem num QCT representa um achado pouco frequente, sendo o diagnóstico, habitualmente, realizado após a excisão cirúrgica do quisto.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 38 anos, referenciada ao serviço de Endocrinologia por doença de Graves. A ecografia cervical (EC) demonstrou uma glândula tiroideia aumentada de tamanho, sem nódulos, e a cintigrafia um aumento homogéneo da captação de pertecnetato, sem captação extratiroideia. Os níveis de anticorpo anti-recetor da TSH eram de 19,10 UI/L (intervalo de referência < 0,55). Foi primariamente tratada com antitiroideos de síntese durante 18 meses, mas sem atingimento da remissão, tendo sido, posteriormente, tratada com iodo radioativo (IR), numa dose de 15,5 mCi. Subsequente desenvolvimento de hipotireoidismo primário (TSH 77,6 uUI/mL, FT4 0,54 ng/dL). Iniciou levotiroxina (LT4), permanecendo eutiroideia com uma dose 150 mcg/dia (TSH 1,1 uUI/mL, FT4 1,58 ng/dL). 14 meses após o tratamento com IR, notou um nódulo indolor na linha média da região cervical anterior. A EC evidenciou, desta feita, uma glândula tiroideia de dimensões reduzidas, heterogénea e hipoecogénica, sem nódulos, e, na região submandibular, um nódulo hipoecogénico de 25 mm de maior diâmetro, com focos hiperecogénicos, sugestivo da presença de um QCT complexo. Não se observaram adenomegalias com carácter patológico. A ressonância magnética cervical confirmou a presença de um QCT complexo. Foi realizada uma citologia aspirativa com agulha fina, mas que se revelou inconclusiva. Foi submetida a excisão cirúrgica do QCT com recurso ao procedimento de Sistrunk. A histologia revelou a presença de um CPT com 5 mm de maior diâmetro, sem invasão linfovascular e com margem cirúrgica livre de tumor (pT1aNxR0). No pós-operatório, a EC não revelou a presença de qualquer lesão suspeita, um valor de Tg de 2,20 ng/mL, de anti-Tg de < 1,30 UI/mL e de TSH de 0,138 uUI/mL. Dada a ausência de nódulos tiroideus e de adenopatias na EC, foi assumida uma baixa probabilidade da presença de um carcinoma síncrono da tiróide, pelo que não foi realizada tiroidectomia total (TT), permanecendo a doente em seguimento na consulta de Endocrinologia.

Conclusão: Relatamos o caso de uma doente com doença de Graves, tratada com sucesso com IR, com um nódulo submandibular notado pela doente 14 meses após, que revelou tratar-se de um QCT albergando um microCPT. Os QCT são extremamente comuns e, na maioria dos casos, é adotada uma atitude expectante. A malignidade é rara e a análise citológica só é realizada quando há características suspeitas na EC ou quando o doente se queixa de sintomas compressivos. Dada a sua raridade, a decisão de realizar TT e IR não é consensual, dependendo sobretudo da estratificação de risco inicial, tal como acontece com os carcinomas intraglandulares.

CO 04

PAPEL DA CITOLOGIA ASPIRATIVA COM AGULHA FINA DE LINFADENOPATIA CERVICAL COM DOSEAMENTO DE TIROGLOBULINA NO LAVADO DA AGULHA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Guilherme Vaz de Assunção; Liliana Fonseca; André Couto de Carvalho; Cláudia Freitas
Centro Hospitalar e Universitário de Santo António

Introdução: A apresentação ganglionar metastática no carcinoma papilar da tiroide (CPT) afeta a decisão do tipo de cirurgia a realizar. O doseamento de tiroglobulina (Tg) através de agulha fina apresenta alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de metástases na região cervical.

Caso clínico: Mulher de 45 anos, antecedentes de meningioma atípico submetida a radioterapia cerebral em 2018. História familiar de neoplasias: mãe, neoplasia da mama aos 51 anos. Referenciada em 08/2023 à consulta de Endocrinologia por nódulos da tiróide à direita de 8mm e à esquerda 12 mm de maior diâmetro, ambos EUTIRADS 4. Referência na ecografia da tiróide a duas adenopatias latero-cervicais esquerdas de características suspeitas com 14x5mm e 9x4 mm. Função tiroideia normal. À avaliação ecográfica na consulta a destacar no terço superior do lobo esquerdo, nódulo sólido hipoecogénico com microcalcificações, de 7x6x12mm, EU-TIRADS 5 e linfadenopatia suspeita, nível III, à esquerda de 14x5mm. Restantes nódulos infracentimétricos sem critérios de suspeição. Realizada citologia aspirativa por agulha fina (CAAF) ao nódulo EU-TIRADS 5 e à adenomegalia suspeita com doseamento de Tg no lavado da agulha da mesma. Doseamento de Tg no lavado da agulha: 3348,00 ng/mL. Citologia do nódulo: atipia de significado indeterminado (Bethesda III). Citologia do gânglio: suspeito de malignidade, a favorecer carcinoma papilar da tiroide. Realizada tiroidectomia total a 09/2023 com esvaziamento cervical seletivo VI-VII bilateral e II-V esquerdo. Histologia a descrever carcinoma papilar bilateral multifocal, 9 em 51 gânglios com metástases sem extensão extraganglionar identificada (TNM: pT1a2 N1b). A aguardar avaliação da Tg e anticorpo anti-Tg pós terapêutica cirúrgica.

Conclusão: Apresentamos um caso de CPT bilateral multifocal com metastização ganglionar à avaliação ecográfica inicial. A identificação de gânglios suspeitos e realização de CAAF com doseamento de Tg no lavado da agulha permite decidir a extensão do esvaziamento ganglionar evitando atitudes subterapêuticas e agravamento do prognóstico do doente.

CO 05

UM CASO INCOMUM DE METASTIZAÇÃO TIROIDEIA

Tânia Carvalho¹; Gustavo Rodrigues²; Alice Monsanto²; Mafalda Ferreira²; Mariana Lavrador²; Mara Ventura²; Joana Saraiva²; Cristina Ribeiro²; Belmiro Parada²; Arnaldo Figueiredo²; Teresa Lindo²; Isabel Paiva²

¹Hospitais da Universidade de Coimbra; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A metastização para a glândula tiroideia é um fenómeno raro e está associada a tumores primários do rim, pulmão, mama, colorretal e sarcoma. As metástases tiroideias correspondem apenas a 0,4-3,0% de todas as neoplasias malignas da tiróide e ocorrem mais frequentemente em doentes com bócio, tiroidite ou nódulos do que em doentes sem patologia tiroideia prévia.

Caso clínico: Mulher, 57 anos. Antecedentes de Carcinoma de Células Renais de células claras (CCRcc) submetida a nefrectomia radi-

cal direita em 08/2020. No *follow-up*, em 11/2020, detetado nódulo heterogéneo no istmo tiroideu com 32mm e extensão ao mediastino anterior (TAC TAP). A ecografia tiroideia descreveu nódulo de 11mm no istmo e foi realizada citologia aspirativa por agulha fina – colóide, benigno. Em 07/2022, detetada em TC abdominal massa heterogénea na suprarrenal direita com 58mm, tendo sido referenciada a consulta de Endocrinologia. O estudo hormonal foi negativo. Na TAC TAP de estadiamento pré-operatório foi descrita a massa adrenal e massa mediastínica retroesternal heterogénea de origem tiroideia com 38mm. A ecografia tiroideia descreveu “nódulo no pólo inferior da transição lobo esquerdo-istmo, parcialmente mergulhante, hipocogénico, heterogéneo, sólido, com bordos regulares, microcalcificações duvidosas e 24x20x39mm”. Efetuou-se citologia aspirativa, com resultado suspeito de carcinoma papilar da tiróide (Bethesda V). Foi programada cirurgia a dois tempos: primeiramente foi submetida a adrenalectomia direita, cujo exame anatomopatológico identificou metástase de CCRcc na suprarrenal; e posteriormente realizou tiroidectomia total, cujo resultado anatomopatológico revelou não uma neoplasia primária da tiróide, mas sim uma metástase tiroideia de CCRcc e um pequeno adenoma folicular no istmo. A doente manteve seguimento na Urologia, encontrando-se atualmente sob sunitinib, após surgimento de lesão neoplásica no rim esquerdo e de nódulos pulmonares infracentimétricos suspeitos.

Conclusão: Embora metástases tiroideias sejam incomuns, é importante considerar esta hipótese em doentes com nódulos tiroideus e antecedentes de malignidade. A citologia aspirativa com agulha fina tem uma sensibilidade de cerca de 70-80% no diagnóstico de nódulos metastáticos, mas ainda assim o diagnóstico diferencial pode ser difícil e estabelecido apenas após estudo anatomopatológico. A relevância deste caso clínico justifica-se também pela raridade de metastização de um CCRcc para duas glândulas endócrinas – tiróide e suprarrenal.



Moderadoras: Dra. Raquel Martins e Dra. Jacinta Santos

CO 06

CABOZANTINIB EM 2L APÓS LENVATINIB NO CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIROIDE : UMA SERIE DE CASOS

Tiago Nunes da Silva; Leonor Pinto; Catarina Regala; Sara Pinheiro; Daniela Cavaco; Valeriano Leite
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.

Introdução: Cabozantinib mostrou recentemente no ensaio fase 3 COSMIC-311 atividade clínica em carcinomas diferenciados da tiroide após progressão sorafenib/lenvatinib ou ambos. Em Portugal a utilização de cabozantinib esta atualmente limitada à aprovação pelo INFARMED num contexto de plano de acesso precoce.

Objectivos: Apresentar uma serie de casos de CDT que iniciaram cabozantinib em segunda linha com enfase na resposta bioquímica e imagiológica e efeitos secundários apresentados

Materiais e métodos: Serie retrospectiva de casos consecutivos de carcinoma da tiroide intolerante ou em progressão sob lenvatinib que iniciaram cabozantinib em segunda linha. Excluídos casos sem follow-up de pelo menos 3 meses e com avaliação clínica, bioquímica e imagiológica

Resultados e conclusões: Neste período foram tratados 6 casos havendo 4 que cumprem os critérios do estudo: mulheres 3/4 ; idade mediana 63 anos; histologia incluía 2 carcinomas papilares, 1 de alto grau e 1 carcinoma folicular e todos os casos eram metastáticos (pulmão =4; osso =3 e SNC =1). Relativamente a terapêuticas prévias: 4/4 com cirurgia previa; 1/4 tratado com iodo-131. A idade mediana de inicio de lenvatinib foi 63 anos ; com mediana de 10 meses de doença até inicio lenvatinib (2-120 meses). A dose mediana de inicio lenvatinib foi de 17 mg/d (14-24) com dose mediana final de 24 mg(

7.14-24). Quatro em 5 doentes obtiveram resposta bioquímica e a melhor resposta por imagem foram 4 respostas parciais e 1 doença estável. O tempo de sobrevida livre de progressão (SLP) mediano foi de 13.5 meses com 3 casos entre 4.6 e 13.5 meses de SLP. Três doentes suspenderam lenvatinib por progressão e 1 por intolerância. A duração mediana de tratamento com cabozantinib foi de 3 meses (0.5-8 meses) com resposta bioquímica em 3/5 e a melhor resposta por imagem nos 4 doentes passíveis de avaliação foi de resposta parcial em 2 e doença estável em 2. Actualmente 2 casos mantem resposta parcial , 1 DE e outro progressão doença óssea (progressão aos 6 meses de terapêutica). Em quatro casos foi necessária interrupção do cabozantinib (2 diarreia , 1 astenia e anorexia , 2 casos mao pe) e em 2 casos redução da dose para 40 e 20 mg/d. Apresentamos a primeira serie portuguesa de casos tratados com cabozantinib em segunda linha no carcinoma da tiroide. Apesar do curto período de seguimento observou se respostas clinicas nos 4 doentes passíveis de avaliar (3 em doentes com progressão previa da doença e outro em doente intolerante ao lenvatinib). O perfil de efeitos secundários foi o esperado com predomínio da diarreia e síndrome mao-pe.