REUNIÃO DE OUTONO

GRUPO DE ESTUDO DA TIROIDE
SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA ENDÓCRINA

30 de novembro de 2024
Hotel D. Luís, Coimbra

PROGRAMA

Organização

Grupo de Estudo da Tiroide

SPCENDO
Sociedade Portuguesa de Cirurgia Endócrina

SPEDM
SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA DIABETES E METABOLISMO

Secretariado

admédic+
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

paula.cordeiro@admedic.pt
vera.antonio@admedic.pt
www.admedic.pt

Apoios

Eisai

EKRIOR
Advanced Health Solutions

Lilly

Medtronic

PROGRAMA

09:00h — Abertura do Secretariado

09:30-09:45h — **SESSÃO DE ABERTURA**
Dra. Isabel Manita e Dr. João Capela

09:45-10:45h — **TERAPÊUTICAS ABLATIVAS DE NÓDULOS BENIGNOS**
Moderadores: Dr. Pedro Sá Couto, Dr. Luís Raposo e Dra. Maria João Oliveira

Alcoolização
Dr. Gustavo Rocha

Radiofrequência
Dr. Tiago Pereira

Microondas
Dra. Leonor Fernandes

Laser
Dra. Catarina Saraiva

10:45-11:00h — **Discussão**

11:00-11:30h — Coffee break

11:30-12:30h — **CARCINOMA AVANÇADO DA TIROIDE**
Moderadores: Prof. Doutor Valeriano Leite, Dr. Fernando Rodrigues, Dra. Ana Paula Marques e Dr. Jorge Guimarães dos Santos

Realidade do país – Norte/Centro/Sul

Tratamento médico
Dr. Tiago Silva

Abordagem cirúrgica
Dr. Pedro Gomes

12:30-13:00h — **Discussão**

13:00-13:30h — **CONFERÊNCIA**

Lilly

13:30-15:00h — Almoço

15:00-15:15h — **DISCUSSÃO DE POSTERS**
Moderadores: Dra. Cristina Ribeiro e Dra. Isabel Nascimento
PO 01 – PO 04

Moderadores: Dra. Jacinta Santos e Dr. Henrique Candeias
PO 05 – PO 08

15:15-16:00h — **CASOS CLÍNICOS COM DISCUSSÃO**

Caso 1 | Resistência ao selpercatinib no carcinoma medular da tiróide
Dra. Cláudia Freitas e Dra. Ana Rafael

Caso 2 | Terapêutica dirigida com lenvatinib/pembrolizumab no carcinoma anaplásico da tiroide
Dra. Elisabete Rodrigues e Dra. Ana Oliveira

Caso 3 | Resgate do selpercatinib numa insuficiência respiratória por carcinoma papilar da tiroide com RET
Dra. Francisco Rosário e Dr. Carlos Liechtenstein

Caso 4 | Lesão esofágica a requerer PEG e IODO radioativo intravenoso após cirurgia a carcinoma da tiroide
Dra. Isabel Inácio e Dra. Antónia Póvoa

16:00-16:30h — **CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO**

CASOS CLÍNICOS | 15:15-16:00h

CC 01

RESISTÊNCIA AO SELPERCATINIB NO CARCINOMA MEDULAR DA TIRÓIDE

Margarida Penso Gonçalves; Maria João Oliveira; Ana Raquel Monteiro; Nuno Rocha Jesus; Henrique Carmona Alexandrino
Unidade Local de Saúde Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: O Carcinoma Medular da Tiróide (CMT) representa 1-2% das neoplasias da tiróide. 20-30% são formas hereditárias (MEN 2A e B) enquanto que as restantes são esporádicas. Contudo, cerca de 50% destas podem apresentar mutações somáticas. As mutações do proto-oncogene RET são responsáveis pela patogénese da doença e o estudo destes mecanismos moleculares permitiu o desenvolvimento de terapêuticas sistémicas dirigidas. O uso de Inibidores Multi-Kinase (MKI) nas formas avançadas de CMT permitem a regressão parcial ou estabilização da doença em até cerca de 73% dos doentes (com efeitos laterais não negligenciáveis). Os Inibidores selectivos do RET, com melhor tolerabilidade, apresentam resultados promissores (em primeira linha ou subsequentes) no CMT RET+.

Caso clínico: Um doente de 60 anos foi submetido a tiroidectomia total com esvaziamento ganglionar central e lateral bilateral com esternotomia, complicada com traqueostomia, por CMT – pT3 ou mais N1bR1L1V1. Calcitonina = 1723 pg/ml. Sem mutação germinativa. Por persistência de massa laterotraqueal esquerda, adenopatias cervicais e mediastínicas, para além de metástases pulmonares e hepáticas, iniciou vandetanib. 1 ano depois, por progressão, trocou para cabozantinib que foi suspenso passado 1 ano e 3 meses por nova progressão – metastização óssea de novo. Os 2 fármacos apresentaram efeitos laterais importantes, grau 2 e 3 (toxicidade cutânea, diarreia, perda ponderal e desiquilibrio) obrigando a interrupções. A pesquisa da mutação somática do RET foi positiva pelo que iniciou selpercatinib em 3ª linha. Verificou-se descida acentuada da calcitonina: 3167 para 32,7 pg/ml após o 1º mês de tratamento, 2,0 pg/ml no 16º mês, com excelente tolerância ao fármaco e melhoria da qualidade de vida. Houve redução significativa e estabilização das lesões cervicais e das metástases ósseas, pulmonares e hepáticas. Cerca de 2 anos após admite-se aparecimento de resistência ao fármaco com aparecimento de lesões hepáticas de novo (Calcitonina 126 – 610 - >2000 pg/ml em 4 meses) e revela-se uma mutação RET de resistência ao selpercatinib. Decidido iniciar lenvatinib como 4ª linha paliativa. Assiste-se a toxicidade grave com miopatia a condicionar incapacidade funcional e dificuldade na locomoção. Atualmente faz 12 mg de lenvatinib com calcitonina estável (1146 pg/ ml) e sem evolução nas lesões metastáticas.

Discussão: O selpercarinib demonstra maior durabilidade de efeito e tolerância relativamente aos outros fármacos MKI. Fica por definir a melhor atuação no caso de aparecimento de mutações de resistência.

CC 02

TERAPÊUTICA DIRIGIDA COM LENVATINIB/PEMBROLIZUMAB NO CARCINOMA ANAPLÁSICO DA TIROIDE

Elisabete do Vale Campos; Cristina Fernandes; João Capela; Ana Catarina Fernandes; Pedro Sá Couto; Silvestre Carneiro
ULS S JOÃO

Introdução: O carcinoma anaplásico da tiroide (CAT) é uma neoplasia rara, muito agressiva e de prognóstico reservado, caracterizada pela rápida progressão e alta taxa de mortalidade, com uma sobrevivência mediana de 3 a 7 meses. Apresentamos o caso clínico de uma paciente com CAT metastizado com boa resposta à terapêutica dirigida.

Descrição de caso: Mulher, 58 anos, com antecedentes de carcinoma localmente avançado da mama esquerda, tratado com quimioterapia, mastectomia radical modificada, radioterapia e hormonoterapia. Referenciada à consulta de Cirurgia Endócrina e Cervical por tumefação cervical, com poucos dias de evolução e disfagia. Apresentava um nódulo pétreo, de 4 cm no lobo esquerdo da tiroide, móvel à deglutição, sem adenomegalias palpáveis.

A ecografia evidenciou um nódulo de 4,6 cm, EU-TIRADS 5, com microcalcificações, extensão extratiroideia e compressão da jugular interna. A microbiópsia diagnosticou neoplasia maligna de células fusiformes atípicas com elevado índice mitótico e focos de necrose compatível com CAT. Foi realizada TC cervical que mostrou uma massa heterogénea maioritariamente necrótica no lobo esquerdo da tiroide, com invasão da jugular, carótida, músculos infra-hiodeus e esternocleidomastoideu esquerdos. A PET revelou massa cervical hipermetabólica com necrose central e focos no mediastino, pulmões, clavícula e úmero direitos sugestivos de metástases.

Face ao diagnóstivo de CAT com metastização ganglionar e à distância, foi realizada análise genómica que identificou mutações no gene NRAS variante c.182A>G p. (p.Gln61Arg). Iniciou-se tratamento com Lenvatinib (20 mg/dia) e Pembrolizumab (200 mg a cada 3 semanas) com diminuição franca da tumefação cervical em 3 meses de tratamento, confirmada por TAC, agora apenas com empastamento de 1x0.5 cm.

Conclusões: O CAT é uma neoplasia extremamente agressiva, com rápida evolução, elevado potencial de invasão local e metastização precoce. Este caso sublinha a importância de uma avaliação rigorosa através de métodos de imagem e biópsia para confirmação do diagnóstico e estadiamento, bem como a análise genómica, com identificação de mutações acionáveis, o que pode permitir uma abordagem terapêutica individualizada. Apesar do prognóstico reservado, terapias sistémicas com inibidores de tirosinaquinase (Lenvatinib) e imunoterapia (Pembrolizumab) oferecem uma abordagem promissora no tratamento desta neoplasia, sendo fundamental o acompanhamento multidisciplinar e a abordagem integrada para otimizar o tratamento destes pacientes.

CC 03

RESGATE DO SELPERCATINIB NUMA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA POR CARCINOMA PAPILAR DA TIROIDE COM RET

Carlos Águas Marques; Sofia F. Silva; Valeriano Leite; Tiago Nunes da Silva
IPO de Lisboa

Este caso descreve uma mulher de 37 anos, natural da Guiné-Bissau, diagnosticada com um carcinoma papilar da tiroide (CPT) metastático, apresentando uma fusão NCOA4-RET tendo sido tratada com selpercatinib, um inibidor seletivo do RET, como tratamento primário.

A doente apresentava, desde há 2 meses, uma massa cervical direita de crescimento progressivo, associado a dispneia e omalgia direita. O exame objetivo revelou uma massa cervical volumosa e firme, com saturação periférica de oxigénio (SatO2) de 85% em repouso. A gasimetria arterial confirmou a hipoxémia (pO2 de 55 mmHg), tendo iniciado terapia suplementar com oxigénio. A tomografia computorizada (TC) evidenciou um aumento da tiroide com um nódulo dominante de 43 mm, múltiplas adenomegalias cervicais (um conglomerado ganglionar de 62 mm no compartimento lateral e um gânglio de 22 mm no compartimento central), além de uma redução do diâmetro traqueal de 9 mm na área de maior compressão. Não havia plano de clivagem com o esófago cervical e ainda se observou múltiplas metástases que preenchiam extensivamente ambos os pulmões.

A Sequenciação de Nova Geração (NGS) confirmou a existência de

uma fusão NCOA4-RET, tendo sido iniciado tratamento com o selpercatinib. A doente teve alta com oxigenoterapia de longa duração. Após 23 dias de seguimento, verificou-se uma melhoria significativa da dispneia e resolução da hipoxemia com SatO2 de 97% em repouso, permitindo a suspensão da oxigenoterapia. Um mês após o início do tratamento, a TC mostrou resposta parcial, com redução da lesão primária da tiroide (o nódulo dominante reduziu de 43 mm para 24 mm), redução das adenopatias cervicais (de 62 mm para 53 mm no compartimento lateral e de 22 mm para 11 mm no compartimento central), diminuição da compressão traqueal (>10mm na zona de maior compressão) e redução global marcada das metástases pulmonares. Adicionalmente, ocorreu uma significativa resposta bioquímica, após 2 meses os níveis de tiroglobulina reduziram de 1598 para 411 ng/ml. Após 7 meses de seguimento, a doente permanece assintomática e sem necessidade de oxigenoterapia.
Este caso ilustra a notável eficácia clínica do selpercatinib, permitindo a suspensão da oxigenoterapia numa doente jovem com um CPT avançado, acompanhada de respostas bioquímicas e radiológicas significativas. Estes achados reforçam a crescente evidência da superioridade dos inibidores seletivos do RET no tratamento de carcinomas diferenciados da tiroide com fusões RET sendo mais seguros, eficazes e com resposta mais duradoura comparativamente aos inibidores multiquinase de primeira linha recomendados pela FDA e pela EMA.

CC 04

LESÃO ESOFÁGICA A REQUERER PEG E IODO RADIOATIVO INTRAVENOSO APÓS CIRURGIA A CARCINOMA DA TIROIDE

Carlos Marques
IPO de Lisboa

Este caso descreve uma mulher de 29 anos que foi submetida a uma tiroidectomia total na Guine Bissau após a deteção de um nódulo da tiroide com 9 cm. O diagnóstico foi compatível com um carcinoma papilar da tiroide (CPT). Durante a cirurgia, ocorreu uma laceração esofágica, acabando por necessitar de suporte nutricional via gastrostomia endoscópica percutânea (PEG). A doente foi depois encaminhada ao nosso centro. A ecografia e a tomografia computadorizada revelaram doença persistente com metástases ganglionares cervicais no compartimento lateral direito, a maior medindo 18 x 11 mm. A citologia mostrou CPT metastático. Foi realizada dissecção ganglionar radical direita (níveis II, III, IV e V), com metástases confirmadas em todos os compartimentos.
De forma a reiniciar a alimentação oral e a tratar a doente com iodo radioativo (RAI), foram feitas múltiplas tentativas malsucedidas para recanalizar o esôfago, incluindo o uso de dois endoscópios (através da via oral e da PEG), que revelaram estenose esofágica completa a 14 cm arcada dentária e encerramento completo do segmento cervical esofágico.
A Medicina Nuclear foi contactada para explorar a exequibilidade da terapia com RAI, considerando a administração líquida via PEG e via intravenosa (IV). Com base no status clínico da doente, foram administrados por via IV 100 milicuries de RAI. O status imagiológico pós-terapia não demonstrou doença detectável e ocorreu supressão dos níveis da tiroglobulina.
Este caso ilustra a importância do tratamento destes doentes num centro com experiência cirúrgica em CPT para evitar complicações raras e desafiantes, como a lesão esofágica. Também destaca soluções inovadoras para a recanalização do esôfago e a aplicação bem-sucedida da terapia com RAI IV em doentes com alterações anatómicas que impossibilitam o uso da tradicional via oral para a administração do RAI. São necessários mais estudos para avaliar os resultados a longo prazo e a relação custo-benefício das vias IV vs liquido RAI em casos semelhantes.

POSTERS

PO 01

ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA DE NÓDULOS TIROIDEUS BENIGNOS: EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO

Helder Simões; Ana Palha; Inês Sapinho
Hospital Cuf Descobertas

Introdução: A ablação por radiofrequência (RF) é uma técnica minimamente invasiva e uma alternativa terapêutica na patologia nodular benigna da tiróide, em casos selecionados que apresentem sintomas compressivos ou deformidade estética cervical. Porém, a sua utilização em Portugal é ainda diminuta.

Objectivos: Analisar os resultados da experiência inicial de um centro de endocrinologia quanto à eficácia e segurança da RF, procurando eventuais pontos de melhoria na utilização da técnica.

Material e métodos: Foram selecionados doentes com patologia nodular benigna da tiróide com queixas compressivas e/ou deformidade estética cervical associadas, os quais foram submetidos a 1 sessão de Radiofrequência com agulhas / elétrodos Starmed acopladas a um gerador de radiofrequência. Analisaram-se os resultados quanto a redução do volume nodular, melhoria de sintomas, efeito estético e complicações.

Resultados:

Características Basais: Foram submetidos a ablação com RF 10 casos com nódulos tiroideus benignos. Idade (mediana): 59,5 anos. Sexo: 90% mulheres. Volume nodular 11 mL (2,3 - 42,6) (mediana; min-máx). Crescimento nodular prévio: 90%; queixas cervicais associadas: 100%; deformidade estética: 70%; palpáveis: 100%. Todos eutiroideus, EU-TIRADS 2 ou 3, com duas citologias benignas.

Resposta Terapêutica: Não responderam a RF: 30%. Percentagem de redução de volume nodular dos respondedores: 60,8% (18,8 - 80,2%) (mediana; min-máx) (p=0,001); Melhoria de sintomas e/ou estética: 70% (melhoria completa: 4; melhoria parcial: 3 doentes). Follow-up após RF: 12,7 meses (3 - 57,1) (mediana; min-máx).

Características dos 3 casos não respondedores: todos conglomerados nodulares, com volume nodular acima da mediana, realizados nas primeiras 2 sessões e submetidos a ablações nodulares com menor duração e/ou potência.

Complicações: todos os doentes referiram dor ligeira a moderada durante o procedimento. Não ocorreram outras complicações.

Conclusões: A RF confirmou-se como uma alternativa terapêutica totalmente segura, válida e eficaz para a maioria dos casos (70%). A taxa de não respondedores é um ponto a optimizar. Um efeito de curva de aprendizagem da técnica e a inclusão de conglomerados nodulares mais volumosos justificaram os 3 casos de insucesso. A percentagem de redução de volume dos nódulos respondedores, assim como a eficácia na resolução de sintomas e deformidades estéticas, foram comparáveis a outras séries publicadas.

PO 02

NÓDULO DA TIROIDE COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DE HODGKIN – CASO CLÍNICO

Nuno Rocha Jesus; Patrícia Tavares; Henrique Alexandrino; Margarida Gonçalves; Maria João Oliveira
ULS Gaia e Espinho

Introdução: Os linfomas representam menos de 5% das neoplasias malignas da tiroide, sendo frequentemente linfomas não-Hodgkin de células B e relacionados com tiroidite autoimune. O prognóstico depende de vários fatores, como a histologia, carga tumoral, estádio, idade e estado funcional.

Caso clínico: Uma mulher de 18 anos foi referenciada à consulta de endocrinologia por tumefação cervical indolor com 6 meses de evolução. Apresentava na ecografia uma imagem sugestiva de quisto tiroideu. Nega antecedentes de relevo. Analiticamente, a função tiroideia era normal (TSH 1,39 IU/mL) e a ecografia da tiroide realizada na consulta revelou um nódulo misto com uma componente superior e anterior sólida, hipoecogénica e heterogénea; e uma componente inferior cística, de contornos regulares, localizado na metade inferior do istmo, medindo 50mm (longitudinal); e um segundo nódulo misto, localizado superiormente no istmo, predominantemente cístico, com 18mm (longitudinal). A citologia aspirativa por agulha fina (CAAF) do nódulo de maior dimensão revelou a existência de células pleomórficas de tipo Hodgkin (CD30+). O caso foi referenciado com urgência à hematologia, tendo realizado PET que identificou captação anormal e muito aumentada de 18F-FDG em adenopatias supraclaviculares e paratraqueais e, também, em duas massas cervicais anteriores, que pareciam surgir da tiroide. Posteriormente, a utente foi submetida a excisão cirúrgica das adenopatias supraclaviculares (15 e 14mm), que apresentavam destruição da arquitetura histológica à custa de focos de fibrose e células linfoide polimórficas, destacando-se células atípicas com morfologia de células de Hodgkin, Reed-Sternberg e lacunares e expressão dos marcadores CD30, CD15, CD20 e Pax-5, estando CD3 e CD45 ausentes, compatível com o diagnóstico de linfoma de Hodgkin (LH) clássico, variante escleronodular. A utente iniciou o protocolo de quimioterapia ABVD em associação com radioterapia. Simultaneamente, iniciou goserrelina para preservação de fertilidade.

Discussão: Os LH representam cerca de 2% dos linfomas da tiroide e podem manifestar-se como nódulos da tiroide rapidamente progressivos, fazendo diagnóstico deferencial com carcinomas da tiroide, nomeadamente o carcinoma anaplásico. A CAAF permite o diagnóstico em 50-80% dos casos, sobretudo se associada a técnicas de citometria de fluxo ou a marcação imunohistoquímica. Todavia, pode ser necessária a realização de biopsia de agulha grossa ou abordagem cirúrgica. A gestão destes utentes requer uma abordagem multidisciplinar.

PO 04

GESTÃO TERAPÊUTICA A LONGO PRAZO DE CARCINOMA PAPILAR DA TIRÓIDE METASTIZADO: CASO CLÍNICO

Alice Monsanto; Bárbara Jesus; Gustavo Cunha Rodrigues; Tânia Carvalho; Ana Luís Carreira; Mara Ventura; Cristina Ribeiro; Leonor Gomes
ULS Coimbra

Introdução: O carcinoma diferenciado da tiróide, nomeadamente o carcinoma papilar (CPT), é a neoplasia maligna mais comum da tiróide, caracterizando-se por um comportamento habitualmente indolente e elevada taxa de sobrevivência. Contudo, em casos avançados com recidiva locorregional e/ou metastização à distância, o controlo da doença torna-se desafiante, com necessidade de abordagem terapêutica multimodal.

Descrição de caso: Doente sexo masculino, 80 anos, com diagnóstico de CPT desde 1999, atualmente com recidiva metastática ganglionar e pulmonar. Foi inicialmente submetido a tiroidectomia total em duas etapas e a dois tratamentos com iodo-131 (198 mCi no total), mantendo vigilância posteriormente. Evidentes alterações ecográficas inespecíficas desde 2009 com suspeita de recidiva local a nível da loca tiroideia esquerda em 2014. Por recidiva bioquímica em 2016, realizou citologia aspirativa ecoguiada, com resultado compatível com carcinoma papilar nas cadeias ganglionares cervicais, com tiroglobulina de 4442 ng/ml no lavado da agulha. Realizou dois novos trata-

mentos com iodo-131 (242 mCi). Em 2019, por ausência de redução de dimensões ganglionares, realizou esvaziamento ganglionar cervical que confirmou metastização ganglionar com invasão da parede lateral da veia jugular. Em 2022, repetiu tratamento com iodo-131 (149 mCi) devido a nova lesão sugestiva de recidiva local e evidência de metastização pulmonar. Em 2023, biópsia transtorácica de lesão pulmonar foi histologicamente indeterminada. Em 2024, devido à persistência de lesões cervicais e pulmonares e crescimento de lesão cervical esquerda, iniciou terapêutica com lenvatinib. A RM cervical revelou lesão infiltrativa com extensão à traqueia e compressão da veia jugular, associada à parésia da corda vocal. O estudo molecular para mutação BRAF foi negativo. Após o início de lenvatinib e realização radioterapia cervical (1 ciclo de dose total 20 Gy), os níveis de tiroglobulina diminuíram progressivamente, atingindo 0,4 ng/mL, com evidência clínica de redução da massa cervical esquerda. O doente aguarda reavaliação imagiológica.

Conclusão: Este caso destaca a complexidade do tratamento do carcinoma papilar da tiróide avançado/metastizado, evidenciando a importância da monitorização contínua e da adaptação terapêutica. A introdução de terapêutica sistémica proporcionou controlo parcial da doença, refletido na diminuição dos níveis de tiroglobulina e na regressão das lesões cervicais, mostrando o impacto positivo das terapêuticas alvo na progressão da doença e na qualidade de vida do paciente.

PO 05

RECORRÊNCIA DE CARCINOMA POUCO DIFERENCIADO DA TIRÓIDE – O QUE FAZER AGORA?

Miguel Andrade de Almeida; Cristina Fernandes; João Capela; Ana Catarina Fernandes; Pedro Sá Couto; Silvestre Carneiro
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A terapêutica sistémica desempenha um papel fundamental no tratamento do carcinoma avançado da tiróide, refratário a iodo radioativo, em caso de recorrência ou de doença metastática. Perante tumores com fusão NTRK positivos, o tratamento dirigido com larotrectinib pode constituir uma arma eficaz.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente de 58 anos com sintomas compressivos cervicais, devido a nódulo tiroideu no lobo direito, no contexto de bócio multinodular. Ao exame físico era palpável um nódulo elástico de 4 cm com bordos regulares, móvel à deglutição, sem alterações cutâneas ou adenomegalias identificáveis. O exame ecográfico realizado em regime de consulta demonstrou um nódulo hipoecóico no lobo direito da tiróide, com bordos lobulados e calcificações, medindo 38x34x38 mm (EU-TIRADS 4), sem gânglios cervicais suspeitos. A biópsia aspirativa de agulha fina revelou atipia de significado indeterminado – AUS (Bethesda III). Foi decidido tratamento cirúrgico. Intraoperatoriamente detetou-se aderência de consistência dura à traqueia com necessidade de shaving, invasão do nervo laríngeo recorrente e camada muscular do esófago, procedendo-se a ressecção tumoral em bloco. O exame histológico evidenciou carcinoma pouco diferenciado da tiróide com angioinvasão marcada e extensão extra-tiroideia (pT4aN1R2). Em reunião de grupo multidisciplinar decidiu-se terapêutica ablativa com iodo radioativo. Contudo, 1 ano após a cirurgia e 2 ciclos de iodo radioativo, a doente apresentava analiticamente um nível elevado de tireoglobulina, ainda que cintigrafia corporal sem alterações. Consequentemente realizou-se PET, sendo este compatível com suspeita de persistência / recorrência de doença, envolvendo as vertentes direita e posterior da traqueia. O TC Cervical confirmou o diagnóstico, e a broncoscopia flexível revelou invasão da mucosa na área subglótica posteriormente e à direita numa extensão de 2 cm. Ao exame endoscópico o esófago não mostrou alterações. Uma vez que foi detectado o rearranjo genético TPR(15)--NTRK1(12) no tumor, em reunião de grupo multidisciplinar foi proposto tratamento com larotrectinib, em detrimento de uma cirurgia que teria sérias implicações na qualidade de vida da doente. Após 9 meses de tratamento encontra-se sem evidência de doença nos exames complementares de diagnóstico.

Conclusão: Este caso clínico é relevante pela sua dificuldade de decisão. Certos tumores agressivos por vezes requerem cirurgias mutilantes, não se tendo em conta a qualidade de vida futura. Porque não tratar sem cirurgia se assim for possível?

PO 06

QUAL O IMPACTO DA DOENÇA DE GRAVES NA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IMUNE?

Bruna Silva; Ana Saavedra; Carolina Marini; Catarina A. Pereira; Catarina Cidade-Rodrigues; Maria Luís Mazeda; Catarina Chaves; Cláudia Machado; Vânia Gomes; Vânia Benido; Filipe M. Cunha; Margarida Almeida
ULS Tâmega e Sousa

Introdução: A trombocitopenia ligeira é frequente na Doença de Graves, mas a associação com a púrpura trombocitopénica imune (PTI) é rara e controversa. Estudos sugerem que tratar a disfunção tiroideia pode melhorar a trombocitopenia em casos de PTI, embora o impacto do tratamento ainda não esteja claro.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 33 anos, com parto por cesariana sem complicações 3 meses antes, admitida no serviço de urgência com rash petequial difuso, hematomas fáceis com semanas de evolução e gengivorragias desde há 1 ano. Antecedentes pessoais de trombocitopenia ligeira (mínimo 124.000 x109/L), medicada habitualmente com desogestrel 0,075 mg/dia.

Na admissão, com hemoglobina de 11,8 g/dL (VR: 12-15), VCM de 78 fL (VR: 79-98), e PLQ 10.000 x 10^9/L (VR:150.000-400.000 x109/L), sem agregados plaquetários e sem alterações noutras linhagens hematopoiéticas. Estudo de coagulação sem alterações. Ferritina 14 ng/mL (VR: 11-307), saturação de transferrina 13% (VR: 20-50%), vitamina B12 152 pg/mL (VR: 180-914), TSH <0,01 mIU/L (VR: 0,27-4,2), T4 livre 2,12 ng/dL (VR: 0,54-1,24) e T3 livre de 7,52 pg/mL (VR: 2,5-4,4). Esfregaço de sangue periférico sem alterações. Excluiu-se défice de ácido fólico, infeção por Helicobacter pylori, hepatites B e C, e HIV. Adicionalmente com anticorpos anti-TPO 51,6 UI/mL (VR: <9,0), anti--tireoglobulina 192 UI/mL (VR: <115), TRAbs <1,50 UI/L (VR: <1,75) e TSI de 0,235 (VR: 0-0,10; valores >0,55 indicam Doença de Graves). Ecografia tiroideia revelou tiroide de dimensões normais e homogénea, com nódulo coloide de 5 mm.

Com a suspeita de PTI, iniciou-se metilprednisolona 500 mg endovenosa, seguido de prednisolona 60 mg/dia (1 mg/kg/dia) e propranolol 10 mg de 8/8 horas para controlo da tireotoxicose. Devido à resposta insuficiente, com elevação das PLQ para 12.000 x 109/L, mesmo após ciclos de imunoglobulina endovenosa e titulação de corticoides, iniciou-se 2 meses após eltrombopag 75 mg/dia. Após dois meses, apresentava PLQ 14.000 x 109/L, TSH <0,01 mIU/L, T4 livre 1,14 ng/dL, T3 livre 5,87 pg/mL e TRAbs de 9,3 UI/L. Por provável Doença de Graves, iniciou-se tiamazol 5 mg 2x/dia, 1 mês após o início do eltrombopag. Dois meses, após o início da terapêutica, observou-se aumento das PLQ para 42.000 x 109/L, com TSH de 2,42 mIU/L, T4 livre de 0,41 ng/dL e T3 livre de 2,29 pg/mL. Desde então, a doente apresentou contagem plaquetária flutuante (26.000-73.000 x 109/L) sob eltrombopag. Atualmente, sob tiamazol 5 mg/dia, com função tiroideia normalizada, TRAbs <1,5 UI/L e TSI de 1,2 UI. Iniciou rituximab e aguarda remissão sustentada da doença tiroideia para ponderar esplenectomia.

Conclusão: Este caso clínico reforça a importância de avaliar a função tiroideia em doentes com PTI, principalmente se resistentes ao tratamento convencional, dado o potencial de relação entre as duas patologias. O tratamento da Doença de Graves pode ter um efeito benéfico na PTI.

PO 07

LINFOMA PRIMÁRIO DA TIRÓIDE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Nicole Silva; Lara Madeira; Natacha Nunes; Frederico Vera-Cruz; Henrique Nunes; Renato Barradas; Sónia Marques; Beatriz Louro; Rita Lourenço; Rita Gonçalves
ULS Lezíria

Introdução: O linfoma primário da tiróide é uma entidade clínica rara, representando cerca de 5% de todas as doenças malignas da tiróide. Existe uma correlação significativa com patologia autoimune. Este sub-

tipo de neoplasia tiroideia é muito sensível à quimioterapia e/ou radioterapia, sendo o diagnóstico atempado crucial para a resposta terapêutica. Normalmente o tratamento cirúrgico não está contemplado.

Descrição do caso: Homem de 68 anos, com antecedentes pessoais de Infeção por HIV, Diabetes Mellitus e Tiroidite de Hashimoto.
Acompanhado em consulta de Medicina Interna pela Infeção HIV, sob TARV, com virémia indetetável de longa data.
Ecografia tiroideia realizada por aumento ponderal e sintomatologia compressiva cervical com dois anos de evolução, evidenciou nódulo tiroideu suspeito do lobo esquerdo com 36 mm, a condicionar compressão esofágica. À data, analiticamente eutiróide sob levotiroxina.
Primeira CAAF do nódulo tiroideu com histologia não diagnóstica (Bethesda I). Repetiu CAAF para definição de estratégia terapêutica cirúrgica. No entanto, perante uma segunda CAAF não diagnóstica foi proposta hemitiroidectomia esquerda, com indicação pelos sintomas e com propósito diagnóstico.
O doente foi submetido a hemitiroidectomia esquerda com alta ao segundo dia pós-operatório. Internamento sem outras intercorrências para além de ligeira disfonia.
Histologia da peça cirúrgica identificou linfoma de alto grau (tipo B difuso de grandes células) à priori primário da tiroide, num contexto de tiroidite linfocítica crónica, com margens negativas.
Enviado para consulta de Hematologia para orientação. Foi iniciada quimioterapia com o regime CHOP 3 meses após a intervenção cirúrgica, cumprindo 6 ciclos. Realizou TC e PET sem evidência de invasão local ou à distância. Biópsia medular sem infiltração linfoproliferativa. Mantém seguimento por Hemato-oncologia e Cirurgia Geral. Avaliação por ORL confirmou parésia da corda vocal esquerda, tendo sido orientado para terapia da fala.

Conclusões: Embora se trate de uma entidade rara, deverá ser considerado este diagnóstico em doentes com critérios clínicos de risco (Tiroidite de Hashimoto, bócio de crescimento rápido, presença de sintomas B).
A abordagem terapêutica do linfoma primário da tiróide não difere dos restantes linfomas.
Neste sentido, perante uma CAAF não diagnóstica, o recurso a técnicas mais diferenciadas, como a biópsia de core pode ter um papel fundamental na definição da abordagem terapêutica mais adequada.

PO 08

ERITEMA NODOSO E MICROCARCINOMA PAPILAR DA TIRÓIDE – COINCIDÊNCIA?

Catarina Ortigosa, Daniela Martins, Carolina Tavares, Henrique Carmona Alexandrino, Andreia Amado, Susana Graça, Antónia Póvoa, Carlos Soares, Maria João Oliveira, Manuel Oliveira
ULS Gaia/Espinho

Introdução: O eritema nodoso (EN) é uma paniculite aguda cuja patogénese resulta de uma reação de hipersensibilidade tardia, podendo ser o primeiro sinal de uma doença sistémica. Pode ser idiopático ou secundário, sendo raramente associado a neoplasias. Os autores apresentam um caso clínico de um microcarcinoma papilar da tiróide com metastização ganglionar diagnosticado em contexto de um eritema nodoso.

Descrição do caso clínico: Feminino, 26 anos. Saudável. Observada em consulta por lesões cutâneas nodulares eritematosas e dolorosas, com 3 semanas de evolução – compatíveis com EN; adenopatia cervical suspeita com 2 anos de evolução. Ecografia cervical: duas adenopatias à direita nos níveis III e IV com 23mm e 28mm; nódulo hipoecogénico de 4mm no lobo tiroideu direito (EU-TIRADS 4). Punção aspirativa de adenopatia revelou metástase de carcinoma papilar da tiróide (Bethesda VI). Submetida a tiroidectomia total com esvaziamento central e lateral direito. Histologia: microcarcinoma papilar da tiróide com metastização ganglionar extensa (6/58 gânglios), multifocal, com envolvimento extraganglionar – pT1a(m)N1b R0. Pós-operatório complicado com hipoparatiroidismo e hipocalcemia. Terapêutica ablativa com iodo radioativo. Follow-up oncológico sem evidência de recidiva.

Conclusão: O EN é uma apresentação rara de síndrome paraneoplásico, sendo habitualmente associado a doenças hematológicas. A associação com neoplasias sólidas é muito rara e, até à data, não há nenhum caso descrito em contexto de carcinoma da tiróide.