



# REUNIÃO DE PRIMAVERA DO GRUPO DE ESTUDO DA TIRÓIDE

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA DOENÇA NODULAR DA TIRÓIDE

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA,  
DIABETES E METABOLISMO

25 de maio de 2019  
Hotel Vila Galé Porto



## PROGRAMA CIENTÍFICO



Aceda à versão digital do Programa  
com os resumos das Comunicações Orais

### Organização



Cláudia Freitas | Gustavo Rocha  
Teresa Azevedo



**SPEDM**  
SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE ENDOCRINOLOGIA  
DIABETES E METABOLISMO

### Patrocínio

**MERCK**



### Secretariado

**ad medic<sup>+</sup>**

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

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

# PROGRAMA CIENTÍFICO

## ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA DOENÇA NODULAR DA TIRÓIDE

09:00h	Abertura do Secretariado
09:30 – 09:40h	<b>Introdução</b> Cláudia Freitas
09:40 – 10:40h	<b>ECOGRAFIA</b> Moderadores: Maria João Oliveira e Fernando Rodrigues <b>Sistemas de classificação de risco</b> (20 min.) Teresa Martins <b>O relatório ecográfico</b> (20 min.) Luís Raposo <b>Discussão</b> (20 min.)
10:40 – 11:10h	Intervalo e visita aos cartazes
11:10 – 12:25h	<b>CITOLOGIA</b> Moderadores: Sandra Paiva e Ana Paula Marques <b>Biopsia com agulha grossa</b> (15 min.) Catarina Saraiva <b>Citologia em meio líquido</b> (15 min.) Martinha Chorão <b>Doseamentos no lavado da agulha</b> (15 min.) Gustavo Rocha <b>Marcadores moleculares</b> (15 min.) Paula Soares <b>Discussão</b> (15 min.)
12:25 – 13:10h	<b>OUTROS</b> Moderadores: Cristina Ribeiro e Valeriano Leite <b>Estudo laboratorial (pré-operatório?)</b> (15 min.) João Capela <b>Estudo cintigráfico</b> (15 min.) Gracinda Costa <b>Discussão</b> (15 min.)
13:10 – 14:30h	Almoço
14:30 – 16:10h	<b>COMUNICAÇÕES ORAIS</b> Moderador: João Jácome de Castro <b>CO1 <i>Influencia del patólogo que analiza la muestra en el riesgo estimado de malignidad de citologías tiroideas con atipia de significado indeterminado</i></b> (20 min.) Comentário: André Carvalho <b>CO2 Biópsia da tiróide com agulha grossa na avaliação diagnóstica do nódulo tiroideu</b> (20 min.) Comentário: Teresa Azevedo <b>CO3 Carcinoma papilar diagnosticado pela adenopatia cervical: Caso clínico</b> (20 min.) Comentário: António Garrão <b>CO4 Carcinoma anaplásico da tiróide: Quando a abordagem diagnóstica precoce modifica o prognóstico</b> (20 min.) Comentário: Isabel Manita <b>CO5 Valores de calcitonina sérica elevados na tiroidite de Hashimoto ou no tratamento com IBPS?</b> (20 min.) Comentário: Joana Couto
16:10 – 17:00h	<b>Discussão de assuntos do GET</b>

# REUNIÃO DE PRIMAVERA DO GRUPO DE ESTUDO DA TIRÓIDE

## ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA DOENÇA NODULAR DA TIRÓIDE

### SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA, DIABETES E METABOLISMO

## RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS

#### CO 01

##### **INFLUENCIA DEL PATÓLOGO QUE ANALIZA LA MUESTRA EN EL RIESGO ESTIMADO DE MALIGNIDAD DE CITOLOGÍAS TIROIDEAS CON ATIPIA DE SIGNIFICADO INDETERMINADO**

Manuel Penin; Beatriz San Millan; Laura Juaneda  
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

**Introdução:** Las guías clínicas usan los riesgos estimados de malignidad del Sistema Bethesda para establecer sus recomendaciones. Aconsejan cirugía en nódulos con citología Categoría IV, V o VI porque su riesgo mínimo es mayor de 15%, y seguimiento en los de Categoría I o II porque su riesgo máximo es menor de 5%. El riesgo de los nódulos Categoría III es 5-15%, intermedio entre el que aconseja cirugía y el que permite evitarla. Se han probado sin éxito varios métodos para identificar los nódulos con mayor riesgo, en los que lo recomendable sería la cirugía; y aquellos con un riesgo menor, en los que se podría evitar.

**Objetivos:** Comprobar si existen diferencias en la prevalencia de malignidad en nódulos Categoría III según el patólogo que informa la citología, y su posible influencia en el manejo de los pacientes.

**Material e métodos:** Se seleccionaron todas las citologías calificadas como Categoría III por el Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital desde 2009 hasta 2017, excluyendo a los pacientes sin tiroidectomía en el momento del estudio. Se comprobó qué patólogo firmaba cada informe, excluyendo a los que no tuviesen al menos diez. En cada caso se comprobó si la histología demostraba la presencia de un carcinoma de tiroides en el nódulo de la punción-aspiración con aguja fina.

**Resultados:** 166 pacientes cumplieron los requisitos. Edad  $54 \pm 15$  años, 84% mujeres. 4 profesionales (A, B, C y D) firmaron al menos 10 informes.

El patólogo A identificó 10 casos. 1 de ellos era maligno. Riesgo de malignidad (RM): 10%. Intervalo de confianza 95% (IC 95%): [2, 40%]. El patólogo B identificó 24 casos. 11 eran malignos. RM: 46%. IC 95% [28, 65%]. El patólogo C identificó 100 casos. 36 eran malignos. RM: 36%. IC 95% [27, 46%]. El patólogo D identificó 17 casos. 11 eran malignos. RM: 65% IC 95% [41, 83%].

Las diferencias de RM del patólogo A con los B, C y D, las p y los IC 95% fueron respectivamente 36%  $p = 0,051$  IC 95% [0,5, 57%]; 26%  $p = 0,09$  IC 95% [6, 39%] y 55%  $p = 0,006$  IC 95% [16, 75%]. Las diferencias del patólogo B con los patólogos C y D fueron 10%  $p = 0,392$  IC 95% [-11, 31%] y 19%  $p = 0,233$  IC 95% [-11, 44%]. La diferencia de los patólogos C y D fue 29%  $p = 0,028$  IC 95% [29, 49%]

**Conclusiones:** Pueden existir diferencias sustanciales en el riesgo de malignidad de los nódulos Categoría III entre patólogos pertenecientes al mismo servicio. Esas diferencias pueden tener implicaciones en el manejo clínico de dichos nódulos.

#### CO 02

##### **BIÓPSIA DA TIRÓIDE COM AGULHA GROSSA NA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DO NÓDULO TIROIDEU**

Henrique Candeias; Joana Seabra; Artur Rocha; Sofia Guerreiro; Vítor Rocha; Rosário Eusébio; Luís Cortez  
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

**Introdução:** A citologia aspirativa de agulha fina (CAAF) ecoguiada é atualmente o método de eleição para a avaliação do risco de malignidade dos nódulos tiroideus.

Nos casos em que é obtido resultado “Não diagnóstico” (ND) ou de “Lesão Folicular de Significado Indeterminado” (LFSI) está recomendada a repetição de CAAF.

Apesar das indicações para a utilização de biópsia de agulha grossa (BAG) não serem ainda consensuais, tem vindo a ser proposta a sua utilização como método complementar à CAAF em doentes com resultado prévio ND ou de LFSI.

**Objetivos:** Realização de um estudo de avaliação diagnóstica relativo à utilização de BAG da tiróide em doentes com CAAF prévia não diagnóstica ou de Lesão Folicular de Significado Indeterminado.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo prospetivo, de janeiro de 2018 a fevereiro de 2019, no qual foram incluídos os doentes com indicação para repetição da CAAF, por resultado prévio ND ou de LFSI. Excluíram-se os doentes com contra-indicação para a realização de BAG por motivos clínicos ou por impossibilidade técnica.

Ambos os procedimentos foram realizados no mesmo contacto, sob controlo ecográfico, pelo mesmo operador.

Para a análise estatística foi utilizado SPSS Statistics (version 23 for Windows).

**Resultados:** Foram realizadas 132 CAAFs e BAGs em doentes com resultado prévio ND (104) ou de LFSI (28).

Após repetição da CAAF, 29 doentes obtiveram resultado ND e 4 de LFSI. Após BAG obtiveram-se 5 resultados não diagnósticos e nenhum de LFSI.

**Discussão/Conclusão:** Neste estudo apresentamos os resultados obtidos no nosso Centro Hospitalar após início da utilização de BAG como método complementar à CAAF na avaliação diagnóstica de nódulos tiroideus.

Verificámos uma diferença estatisticamente significativa entre a proporção de resultados não diagnósticos obtidos após repetição da CAAF e após realização de BAG ( $p < 0,001$ ). A utilização da BAG permite a obtenção de uma amostra de maiores dimensões e a realização de uma análise histológica do material obtido.

Verificámos também uma associação estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ) entre a hipoecogenicidade dos nódulos e a obtenção de um resultado ND após repetição da CAAF. Esta associação não se objetivou na BAG.

A BAG foi bem tolerada pela amostra de doentes estudada, não se tendo verificado nenhuma complicação relacionada com o procedimento.

Estes resultados sugerem que a BAG poderá ser útil enquanto método complementar à CAAF em doentes com resultado citológico prévio inconclusivo.

## CO 03

### CARCINOMA PAPILAR DIAGNOSTICADO PELA ADENOPATIA CERVICAL: CASO CLÍNICO

Lúcia Fadiga<sup>1</sup>; Miguel Melo<sup>1,2</sup>; Joana Saraiva<sup>1,2</sup>; Nelson Cunha<sup>1</sup>; Diana Catarino<sup>1</sup>; Joana Guiomar<sup>1</sup>; Diana Silva<sup>1</sup>; Cristina Ribeiro<sup>1</sup>; Sandra Paiva<sup>1</sup>; João Almeida<sup>3</sup>; Gracinda Marques<sup>4</sup>; Francisco Carrilho<sup>1</sup>; Isabel Paiva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do CHUC; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>Serviço de Cirurgia B do CHUC; <sup>4</sup>Serviço de Medicina Nuclear do CHUC

**Introdução:** O carcinoma diferenciado da tiroide constitui cerca de 95% das neoplasias da tiroide. A ecografia é indispensável na avaliação dos nódulos da tiroide, bem como das cadeias ganglionares cervicais para identificação de possíveis metástases. A ecografia pré-operatória pode identificar adenopatias suspeitas em até 30% dos casos, com impacto na abordagem cirúrgica do doente.

**Caso clínico:** Mulher de 73 anos, com nódulos bilaterais da tiroide, o maior no lobo esquerdo (LE) com 1,3cm, diagnosticados em 2002, com vigilância regular. Referenciada a consulta de Endocrinologia em Setembro de 2017 por apresentar de novo duas adenopatias cervicais esquerdas suspeitas, uma com 2cm e outra infracentimétrica. A ecografia identificou nódulo no LE, hipoecogénico, heterogéneo, misto, bordos regulares, com macrocalcificações, com 1,5cm (citologia – nódulo colóide); nódulo no LD, 1/3 inferior, hipoecogénico, homogéneo, bordos regulares, com 0,9cm; nódulo no LD, 1/3 inferior, quístico, com 0,7cm; adenopatia no compartimento VI à esquerda, arredondada, sem hilo, com calcificações e áreas quísticas, com 2,2cm (citologia – adenite reacional; lavado da agulha para tiroglobulina – 23857ng/mL). A doente repetiu ecografia, com citologia do nódulo do LE de 1,5cm e do nódulo do LD de 0,9cm, ambas com resultado de colóide. Posteriormente fez citologia ecoguiada de duas adenopatias no compartimento VI à esquerda, uma com 1,9cm e outra com 1,4cm, ambas com resultado de metástase de carcinoma papilar.

Em Abril de 2018, foi submetida a tiroidectomia total com esvaziamento ganglionar à esquerda, com o resultado anatomopatológico: “Carcinoma papilar variante clássica capsulada do LD com 16mm; dois outros focos intratiroideus, no LD com 6mm e no LE com 1mm; dos 44 gânglios estudados, um com doença metastática”.

Em Outubro de 2018 foi submetida a terapêutica ablativa com I131 (36mCi). O cintigrama pós-terapêutica sugeriu a presença de tecido tiroideu residual, mas sem áreas sugestivas de metastização loco-regional ou à distância. Na última avaliação a doente encontrava-se clinicamente bem; analiticamente, com TSH 0,020µU/mL (0,4-4,0); T4L 1,7ng/dL (0,8-1,9); Tg < 0,040ng/mL (1,6-60); AcTg 9,7U/mL (<4,0).

**Conclusões:** Este caso ilustra a importância da avaliação ecográfica das cadeias ganglionares, uma vez que a citologia aspirativa da maior adenopatia e o doseamento de tiroglobulina no lavado da agulha foram determinantes no estabelecimento do diagnóstico de carcinoma papilar.

## CO 04

### CARCINOMA ANAPLÁSICO DA TIRÓIDE: QUANDO A ABORDAGEM DIAGNÓSTICA PRECOCE MODIFICA O PROGNÓSTICO

D. Silva; D. Rodrigues; M. Melo; C. Ribeiro; L. Ruas; A. Lages; N. Cunha; D. Catarino; L. Fadiga; J. Guiomar; I. Vieira; M. Lavrador; I. Paiva  
Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** Os nódulos da tiróide são extremamente comuns na população, particularmente em mulheres de meia-idade e idosas. No entanto, neste contexto, o cancro da tiróide está presente em apenas 5-10% dos nódulos, sendo o carcinoma anaplásico o mais letal.

**Caso clínico:** Mulher, 79 anos de idade, autónoma, enviada à consulta de Endocrinologia por identificação ecográfica de nódulo suspeito: hipoecogénico, bordos irregulares, na transição do lobo direito/istmo com cerca de 13mm. A doente tinha como antecedente conhecido: diagnóstico de hipotireoidismo primário, medicada com levotiroxina 100mcg id, em eutireoidia. Negava sintomas compressivos, história pessoal de exposição a radiação ionizante ou história familiar de patologia tiroideia. Após segunda avaliação ecográfica, confirmou-se a presença de formação nodular

hipoecogénica embora com dimensão de 9mm, pelo que, não foi realizado estudo citológico mantendo vigilância de provas de função tiroideia e ecográfica anual junto do médico assistente. Após 3 anos de seguimento, a doente é novamente referenciada por crescimento nodular (nódulo com 13,5mm), sendo realizada citologia aspirativa com resultado suspeito de carcinoma primitivo/secundário (S. Bethesda – categoria V). Durante a intervenção cirúrgica, é realizada biópsia-extemporânea do nódulo com identificação de neoplasia com características de carcinoma papilar/anaplásico, pelo que a doente foi submetida a tiroidectomia total. O estudo histológico revelou carcinoma anaplásico (diagnóstico confirmado por imunohistoquímica) com evidência de invasão do tecido adiposo paratiroideu e muscular (estadio pT4NxMx).

Em reunião de decisão terapêutica optou-se por vigilância sem necessidade de terapêutica adicional, dada a ausência de recidiva tumoral locorregional. Atualmente, a doente com 85 anos de idade, mantém-se medicada com levotiroxina 100mcg id, sem evidência clínica, bioquímica [TSH 0,82 uUI/mL (0,4-4,0); T4L 1,2 ng/dL (0,8-1,9); Tioglobulina <0,040 ng/mL; anticorpos anti-tioglobulina negativos] ou imagiológica de recidiva tumoral.

**Conclusão:** Este caso salienta a importância da deteção precoce de nódulos com características ecográficas suspeitas, no sentido de minimizar a morbimortalidade associada a neoplasias de prognóstico reservado como o carcinoma anaplásico da tiróide.

## CO 05

### VALORES DE CALCITONINA SÉRICA ELEVADOS NA TIROIDITE DE HASHIMOTO OU NO TRATAMENTO COM IBPS?

Vânia Benido Silva<sup>1</sup>; Luís Raposo<sup>2</sup>; Cláudia Freitas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Endocrinologia e Nutrição, Centro Hospitalar e Universitário do Porto;

<sup>2</sup>EPIUnit, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

**Introdução:** A citologia pode dar falsos negativos no diagnóstico do Carcinoma Medular da Tiróide (CMT) e o seu prognóstico agrava-se quando o diagnóstico é tardio. A calcitonina (CT) é um marcador de doença sensível e precoce. Contudo, atendendo à raridade do CMT e à existência de falsos positivos no doseamento de CT sérica, nomeadamente em situações de Tireoidite de Hashimoto (TH) ou tratamento com Inibidores da Bomba de Protões (IBPs), alguns autores não recomendam a sua utilização na abordagem de doentes com patologia nodular da tiróide.

**Objetivo:** Avaliar se a presença de TH e o uso regular de IBPs determinam valores falsamente elevados de CT sérica em indivíduos com doença nodular da tiróide.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo incluindo doentes referenciados à consulta de Endocrinologia do sector público (Centro Hospitalar e Universitário do Porto) e privado para investigação de doença nodular da tiróide, entre outubro de 2016 e abril de 2019, com doseamento de CT sérica e anticorpos antitiroideus, registo da terapêutica em curso e sem diagnóstico prévio de CMT. Foi excluído um caso com valor de CT >100 pg/mL, considerado pela American Thyroid Association sugestivo de CMT. Definiu-se o valor de 15 pg/mL como limite superior da normalidade para a CT. Foram definidos 4 grupos de estudo: o grupo 1 incluiu os doentes com TH e com uso de IBPs; grupo 2 doentes com TH e sem uso de IBPs; grupo 3 doentes com uso de IBPs mas sem TH; grupo 4 doentes sem TH e sem uso de IBPs.

**Resultados:** Foram incluídos 202 doentes, com idade média de 57,6 ± 13,7 anos (mínimo-máximo: 18-88 anos), 76,7% do sexo feminino. O diagnóstico de TH foi estabelecido em 29 casos (14,4%) e 38 doentes (18,8%) encontravam-se medicados com IBPs. A CT foi indoseável em 77,7%. A mediana da CT sérica doseável foi de 3,6 pg/mL (mínimo-máximo: 0,5-16,70 pg/mL). Esta mediana foi significativamente superior nos homens (4,6 vs 2,9, p=0,048) e nos indivíduos sem TH (3,9 vs 2,3, p=0,046). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre doentes com e sem IBP (p=0,439). Comparando os 4 grupos de estudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na mediana da CT doseável (p=0,153) ou na proporção de participantes com CT indoseável (p=0,576).

**Conclusão:** A TH e o uso de IBPs não se associaram a elevações significativas dos níveis de CT sérica.