



REUNIÃO DE PRIMAVERA

GRUPO DE ESTUDO DA TIRÓIDE

06 de maio de 2022
Hotel D. Inês, Coimbra



Aceder à versão digital
do programa com resumos

PROGRAMA

Organização



SPEDM
SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENDOCRINOLOGIA
DIABETES E METABOLISMO

Patrocínio

Apoios

Secretariado

MERCK



Pharma Nord

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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



PROGRAMA

09:00h

Abertura do Secretariado

09:30-09:45h

ABERTURA DA REUNIÃO

Isabel Manita

09:45-10:45h

HIPOTIROIDISMO EM POPULAÇÕES ESPECIAIS

Moderadores: Cláudia Freitas, António Garrão e Luís Raposo

Idade pediátrica

Ana Gonçalves Ferreira

Gravidez

Catarina Matos

Idoso

Jacinta Santos

10:45-11:15h

Coffee-break

11:15-12:00h

OFTALMOPATIA DE GRAVES

Moderadores: Maria João Oliveira, Miguel Melo e Helder Simões

A perspectiva do Endocrinologista

Rute Ferreira

A perspectiva do Oftalmologista

Ana Duarte

12:00-12:30h

RADIOACTIVIDADE E TIROIDE

Moderadoras: Elisabete Rodrigues, Teresa Ferreira e Paula Soares

Palestrante: Tiago Silva

12:30-13:00h

DISCUSSÃO

13:00-14:00h

Almoço

14:00-14:30h

TIROTOXICOSE E COVID-19

Moderadores: Isabel Manita, Inês Sapinho e Gustavo Rocha

Palestrante: Diogo Ramalho

14:30-17:00h

COMUNICAÇÕES ORAIS

Comunicação 1 & 2

Moderadores: Ana Gonçalves Ferreira e David Barbosa

Comunicação 3 & 4

Moderadores: Ricardo Capitão e Cristina Ribeiro

Comunicação 5 & 6

Moderadoras: Catarina Machado e Maria Manuel Costa

Comunicação 7 & 8

Moderadoras: Alexandra Vieira e Mariana Martinho

Comunicação 9 & 10

Moderadoras: Joana Saraiva e Sónia Pratas

Comunicação 11 & 12

Moderadoras: Catarina Matos e Sandra Paiva

Comunicação 13 & 14

Moderadoras: Joana Maciel e Sara Donato

17:00h

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

REUNIÃO DE PRIMAVERA DO GRUPO DE ESTUDO DA TIRÓIDE

RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS & POSTERS

COMUNICAÇÕES ORAIS | 14:30-17:00h

Moderadores: Ana Gonçalves Ferreira e David Barbosa

CO 01

HIPOCALCÉMIA PÓS-TIROIDECTOMIA TOTAL E FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Brigitta Cismasiu; Ricardo Marques; Isabel Nascimento
Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução: A hipocalcémia secundária a hipoparatiroidismo é a complicação mais comum após tiroidectomia total. Na maioria dos casos é transitória, mas em até 3% dos casos pode tornar-se permanente e necessitar de suplementação contínua de cálcio e vitamina D. A identificação dos factores de risco para hipocalcémia é fundamental para a prevenção e gestão desta complicação.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional monocêntrico. Foram analisados doentes consecutivos submetidos a tiroidectomia total electiva entre Janeiro de 2016 e Dezembro 2021. Foram excluídos doentes operados em regime de ambulatório e com cirurgia paratiroideia concomitante. Os factores de risco analisados foram valores bioquímicos pré e pós-operatórios e factores clínicos relacionado com o doente, a cirurgia e a patologia tiroideia. A hipocalcémia foi definida como um valor sérico de cálcio $<8,1$ mg/dL. Considerou-se hipocalcémia transitória até ao 6º mês de pós-operatório e hipocalcémia permanente após esse período.

Resultados: Neste período foram intervenionados 232 doentes. A taxa de hipocalcémia pós-operatória foi de 33,6%, a maioria transitória (71 doentes) e em 7 casos (3%) permanente. 70,5% dos doentes foram assintomáticos e os restantes 23 doentes (29,5%) apresentaram sintomas ligeiros, nomeadamente parestesias periorais e digitais. Os preditores estatisticamente significativos de hipocalcémia pós-tiroidectomia foram a idade ($p=0,008$), o valor de cálcio pré-operatório ($p<0,001$), a realização de esvaziamento ganglionar cervical ($p=0,001$), o valor de PTH no 1º dia de pós-operatório ($p<0,001$) e a taxa de variação do valor de cálcio entre o pré-operatório e o 1º dia de pós-operatório ($p<0,001$). No nosso estudo, não teve impacto estatístico a excisão inadvertida de paratiróides ($p=0,864$) e a taxa de variação do valor de PTH ($p=0,904$). Os doentes com taxa de variação de cálcio (Δ) ≥ 1.2 mg/dl tiveram maior probabilidade de desenvolver hipocalcémia no pós-operatório ($p<0,001$). Apenas 9 doentes com $\Delta < 1.2$ mg/dL desenvolveram hipocalcémia. Este valor de cut-off apresentou uma sensibilidade de 83,93% e especificidade de 61,86% para prever o desenvolvimento de hipocalcémia.

Conclusões: A hipocalcémia pós-tiroidectomia total é frequente, mas em apenas uma minoria dos casos se torna permanente. A identificação dos factores de risco pré e pós-operatórios permite a sua detecção e tratamento precoce, de forma a reduzir as consequências a curto e longo prazo.

CO 02

CITOLOGIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA – CASUÍSTICA DOS PRIMEIROS ANOS DO CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

Catarina Cidade Rodrigues; Catarina Chaves; Mariana Martinho; Margarida Almeida; Filipe M. Cunha

Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: A citologia aspirativa por agulha fina (CAAF), realizada habitualmente sob controlo ecográfico, é um procedimento minimamente invasivo de diagnóstico e orientação terapêutica de nódulos da tiróide.

Objetivos: Apresentar os resultados obtidos nas CAAF realizadas pelo Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS) nos primeiros dois anos e meio de realização desta técnica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, baseado na revisão dos processos clínicos, dos doentes submetidos a CAAF pelo serviço de Endocrinologia do CHTS, entre Julho de 2019 até Dezembro de 2021. A estratificação do risco dos nódulos foi feita pela classificação EU-TIRADS. Os resultados das citologias foram reportados usando a classificação de Bethesda. Os preditores de resultado Bethesda I (não diagnóstico) foram estudados usando uma regressão logística; as variáveis avaliadas foram idade, sexo, ano (2021 vs. 2020 e 2019) e EU-TIRADS (4 e 5 vs. 3).

Resultados e conclusões: Foram realizados 76 CAAF em nódulos tiroideus de 57 doentes: 6 em 2019, 17 em 2020 e 53 em 2021. A idade mediana foi de 57 (44-68) anos e 15 (26.3%) eram do sexo masculino. A patologia mais comum era o bócio multinodular (BMN) não tóxico 37 (64.9%) seguido do BMN tóxico 10 (17.5%). A TSH mediana foi de 1.18 (0.77-1.76) uIU/L. O tamanho mediano dos nódulos foi de 25 (20-34) mm. Dez (13.2%) nódulos tinha classificação EU-TIRADS 5, 16 (21.1%) EU-TIRADS 4, 49 (64.5%) EU-TIRADS 3 e 1 (1.3%) EU-TIRADS 2. Os resultados citológicos foram não diagnósticos (Bethesda I) em 30 (39.5%), benignos (Bethesda II) em 37 (48.7%), lesão folicular de significado indeterminado (FLUS) (Bethesda III) em 6 (7.9%), tumor folicular (Bethesda IV) em 1 (1.3%) e carcinoma papilar (Bethesda VI) em 2 (2.6%). O doente com o nódulo suspeito de tumor folicular e os 2 doentes com suspeita de carcinoma papilar foram submetidos a tiroidectomia total: hiperplasia nodular e 2 carcinomas papilares clássicos, respetivamente. Treze repetiram CAAF por citologia prévia Bethesda I ou III: 9 não diagnósticos, 1 FLUS, 2 benignos e 1 carcinoma papilar. A idade, sexo, ano (2021 vs. 2020 e 2019) e EU-TIRADS (4 e 5 vs. 3) não foram preditores de resultados não diagnósticos na citologia.

Conclusões: A taxa de resultados não diagnósticos foi de 39.5% refletindo, provavelmente, a curva de aprendizagem da técnica. Nos doentes com repetição da CAAF por resultados não diagnósticos a maioria teve outro resultado não diagnóstico.

Moderadores: Ricardo Capitão e Cristina Ribeiro

CO 03

NÓDULO HIPERFIXANTE DA TIRÓIDE E CARCINOMA: UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Cátia Araújo; Bárbara Araújo; Mariana Lavrador; Mafalda Martins Ferreira; Carla Baptista; Cristina Ribeiro; Isabel Paiva
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Os nódulos hiperfixantes da tiróide são historicamente associados a um baixo risco de malignidade, com uma prevalência estimada em 3,1%.

Caso clínico: Homem, 43 anos, referenciado a consulta de Endocrinologia por hipertiroidismo subclínico. Sem antecedentes pessoais e familiares relevantes e sem medicação habitual. Sem queixas de hipertiroidismo ou sintomas compressivos. Analiticamente: TSH=0,016 uUI/mL (VR 0,4-4), T4 livre=1,29 ng/dL (VR 0,7-1,5), anticorpos Anti-TPO=10,6 UI/mL (VR<15), Anti-Tg=0,1 UI/mL (VR<4) e TRABS=1,0 U/L (VR<1,0) negativos. Palpação tiróide: nódulo firme no lobo direito com 1,5 cm. Ecografia da tiróide revelou nódulo sólido hipocogénico na transição do lobo direito para o istmo, heterogéneo, e microcalcificações, medindo 17 mm. Ainda no lobo direito assinalado 1 nódulos hipocogénico e heterogéneo no terço médio com 11 mm. Descritos mais 3 nódulos infracentimétricos. Presença de alguns gânglios linfáticos nas cadeias jugulo-carotídeas com características benignas. Medicado com metibazol 2,5 mg/dia com normalização de função tiroideia. O cintigrama da tiróide com Tc-99m sugere nódulo hiperfixante no lobo direito que condiciona frenagem quase completa do restante parênquima, compatível com formação de 17 mm descrita na ecografia. Pelas características de malignidade do mesmo nódulo foi realizada citologia aspirativa por agulha fina que revela nódulo maligno com classificação S. Bethesda categoria VI, suspeito de carcinoma papilar. Submetido a tiroidectomia total com esvaziamento ganglionar radical modificado a 29/9/2021. Histologicamente com carcinoma papilar trifocal, variante clássica, 2 gânglios linfáticos metastatizados, pTMN (4ªEd): T2(m) N1b Mx; R0; AJCC (8ªEd) Estadio I. Submetido posteriormente a terapêutica ablativa com Iodo-131 e o cintigrama corporal após terapêutica a 19/2/2022 identifica doença loco-regional/tecido tiroideu residual a nível da loba tiroideia esquerda. Medicado atualmente com levotiroxina 200 mcg/dia. Tem agendamento de consulta de Oncologia Tiroideia para seguimento.
Conclusão: A possibilidade de malignidade num nódulo hiperfixante na cintigrafia com Tc-99m não deve ser desvalorizada, particularmente se a cirurgia não está no plano de tratamento, sendo o cintigrama com Iodo-131 também valioso neste contexto. A citologia aspirativa deve ser sempre considerada se houver fatores de risco ou características ecográficas de malignidade, que neste caso foram determinantes para o diagnóstico.

CO 04

TRATAMENTO NÃO CONVENCIONAL DO HIPERTIROIDISMO – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Henrique Carmona Alexandrino; Marta Almeida Ferreira; Catarina Machado; Helena Alves; Gustavo Melo Rocha; Patrícia Tavares; Maria João Oliveira
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Alguns doentes com hipertiroidismo (HT) não respondem ao tratamento convencional médico com anti-tiroideus de síntese ou desenvolvem efeitos adversos graves. Aí, é necessário recorrer a terapêuticas adjuvantes: lítio; colestiramina; perclorato de potássio (KClO₄). Reportamos 2 casos clínicos.

Caso 1: Homem de 64 anos, com HT primário (etiologia desconhecida), insuficiência cardíaca (IC) e síndrome reno-pulmonar (vasculite ANCA PR3). Medicado com tiamazol (MMI) 5mg e prednisolona (PDN)

5mg. Internado para reabilitação após internamento prolongado, onde desenvolveu úlcera sagrada, com indicação cirúrgica. Na revisão anestésica, constatado agravamento do HT: TSH<0,005µUI/mL (0,27-4,2), T4L=2,88ng/dL (0,93-1,70). Auto-anticorpos anti-tiroideus negativos. Ecografia tiroideia: tiróide ligeiramente aumentada; ecoestrutura heterogénea; sem nódulos. Aumentada dose de MMI (30mg) e PDN (20mg), com melhoria ligeira. Posteriormente, desenvolveu sépsis por colecistite aguda, com agravamento do HT. Aumento do MMI para 40 mg e PDN até 40 mg, sem melhoria do HT. Dada a gravidade, iniciou lítio (800mg), com melhoria gradual e redução progressiva dos fármacos. Atingiu eutiroidismo após 3 semanas, com suspensão do lítio. Teve alta sob MMI 15mg e PDN 5mg.

Caso 2: Mulher de 83 anos, com bócio multinodular, IC e fibrilhação auricular sob amiodarona. Previamente internada por IC descompensada, no contexto de HT induzido pela amiodarona (tipo 3). Medicada com MMI (30mg) e PDN (40mg), com normalização da função tiroideia (FT). Após 3 semanas, foi internada por quadro de febre, hipotensão e pancitopenia de novo. Suspendeu MMI, iniciou antibioterapia empírica e hidrocortisona (50mg tid). Após 2 semanas, melhorou a pancitopenia, mantendo hipotensão, com boa resposta a PDN 60mg. Reavaliada a FT que se mostrou em agravamento: T4L=2,26ng/dL (0,93-1,70). Iniciada colestiramina 4g bid com melhoria. Após 1 semana, agravou de novo (T4L=2,97ng/dL), iniciando-se propiltiouracilo (PTU) 50mg bid e KClO₄ 400mg tid. Realizou cintigrafia tiroideia: sem captação do radiofármaco. Apresentava contra-indicação cirúrgica pelas comorbilidades. Atingiu-se o eutiroidismo após 2 semanas e teve alta clínica. Atualmente, em eutiroidismo sob PTU 50mg (hemograma normal e estabilidade do quadro cardíaco).

Conclusão: As terapêuticas adjuvantes do HT (lítio, colestiramina e perclorato de potássio) são raramente necessárias, mas o seu uso em determinadas situações pode ser a única arma terapêutica.

Moderadoras: Catarina Machado e Maria Manuel Costa

CO 05

CHARACTERIZATION OF SARS-COV-2 INFECTION AND RELATED HOST PROTEINS IN THYROIDS FROM A COVID-19 AUTOPSY SERIES

Sofia Macedo^{1,2,3,4}; Ana Pestana^{1,2,4}; Líliliana Santos^{2,4,5}; Celestino Neves^{4,6}; Susana Guimarães^{4,6}; Amaro Duarte-Neto⁷; Marisa Dolhnikoff⁸; Paulo Saldiva⁷; Georgina Alves¹; Rute Oliveira¹; Didier Cabanes¹; Fátima Carneiro^{2,4,6}; Manuel Sobrinho-Simões^{2,4,6}; Paula Soares¹

¹ICS - Institute for Research & Innovation in Health, University of Porto, Porto, Portugal; ²IPATIMUP - Institute of Molecular Pathology and Immunology of the University of Porto, Porto, Portugal; ³ICBAS - Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar, University of Porto, Porto, Portugal; ⁴FMUP - Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal; ⁵CHULN - North Lisbon University Hospital Center, Lisbon, Portugal; ⁶CHUSJ - University Hospital Center of São João, Porto, Portugal; ⁷FMUSP - Faculty of Medicine, University of São Paulo, University of São Paulo, São Paulo, Brazil

COVID-19 mainly affects the lower respiratory tract, yet it has widespread effects throughout the body with several clinical manifestations, including in endocrine organs. Thyroid dysfunction such as alterations in thyroid hormone levels, thyrotoxicosis, and subacute thyroiditis has been observed in patients with COVID-19. Thyroid gland is one of the top 10 organs expressing mRNA levels of ACE-2, turning the gland a potential target for SARS-CoV-2 entry.

In this paper we report the analysis of a series of thyroid specimens from 16 patients deceased from COVID-19, with histopathologic and molecular evaluation of the specimens. We assessed the Sars-CoV-2 virus presence at the gene level by RT-PCR, viral particles localization by in situ hybridization, and viral proteins by immunohistochemical detection of nucleocapsid and the spike protein. Furthermore, we also descri-

be in the COVID-19 thyroid series the immunoexpression of the key host factors for virus entry, namely ACE-2, TMPRSS2 and Furin.

We have performed RT-PCR for SARS-CoV-2 in all autopsy specimens and we detected Sars-CoV-2 viral genes positivity in 13 thyroids tissues and in a lung specimen. In nine of the 14 positive samples, we were also able to confirm Sars-CoV-2 signal by in situ hybridization. Immunohistochemistry for the viral nucleocapsid and spike protein was also positive for 10 and nine of the RT-PCR positive cases, respectively, but revealed a lower sensitivity. We also described, for the first time in a COVID-19 series, the immunohistochemical expression of the host machinery entry molecules of SARS-CoV-2, namely ACE-2, TMPRSS2 and Furin in thyroid; however, we were not able to find any correlation between protein expression and the infection status.

Our results obtained in thyroid specimens from COVID-19 deceased patients indicate that thyrocytes can be directly infected by SARS-CoV-2 since we detected the presence of SARS-CoV-2 genome in follicular cells. Nevertheless, we did not find a clear correlation between the presence of viral genome and the expression of the host factors for virus entry, namely ACE-2, TMPRSS2 and Furin.

CO 06

TIROIDITE AUTO-IMUNE SECUNDÁRIA AO TRATAMENTO COM TRASTUZUMAB: UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Valentim da Silva Lopes; Adriana de Sousa Lages; Catarina Martins Machado
Hospital de Braga

Introdução: O trastuzumab é um anticorpo monoclonal dirigido ao receptor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2), sendo atualmente utilizado no tratamento do cancro da mama. A incidência de doença auto-imune secundária ao uso deste imunomodulador é rara, tendo sido estimada em 0.3%. Até à data, apenas 3 casos se encontram descritos na literatura.

Caso clínico: Mulher de 47 anos, sem antecedentes conhecidos de patologia tiroideia, com diagnóstico de carcinoma invasivo grau II da mama estadio cT2N1M0, com positividade para receptores estrogénicos e HER2, submetida a tratamento neoadjuvante com doxorubicina, ciclofosfamida, paclitaxel, trastuzumab e pertuzumab seguido de tumorectomia e radioterapia (RT) adjuvante. Permaneceu, após, sob tratamento com trastuzumab, goserrelina, tamoxifeno e ácido zolendróico. Aproximadamente 44 semanas após o início do trastuzumab (1 semana após o término da RT), a doente iniciou quadro clínico de astenia, obstipação e ganho ponderal não intencional. Analiticamente, apresentava TSH de 188 uUI/L (0,27-4,20) e T4L de 2.4 pm/L (12-22). Realizou ecografia tiroideia que revelou glândula tiroideia de dimensões difusamente aumentadas, com parênquima heterogéneo e marcadamente hipoecogénico, sem nódulos. Referenciada à consulta de Endocrinologia. Ao exame físico, apresentava discreto bócio difuso, não pulsátil, pele xerótica e perfil tensional elevado, sem outras alterações de relevo. Repetiu estudo analítico: TSH 180,661 uUI/mL, T4L 0,49 ng/dL, T3L 1,99 pg/mL (2,3-4,2), anti-Tg 47,39 UI/mL (<4.5), anti-TPO 35,70 UI/mL (< 60) e cortisol sérico (às 11h) 11,03 ug/dL. Iniciou tratamento com 75 mcg de levotiroxina oral e 5 mg de prednisolona em esquema de desmame. Quatro semanas após o início da terapêutica, a doente reportava uma melhoria clínica substancial, com resolução completa das queixas, com normalização das frações livres (T4L 1,27 ng/dL e T3L 2,92 pg/mL) e TSH de 6.898 uUI/mL, tendo mantido a dose de 75 mcg de levotiroxina.

Conclusão: Reportamos o primeiro caso descrito em Portugal de tiroidite auto-imune associada ao trastuzumab. Apesar de rara, esta entidade deve ser pensada, especialmente em doentes com carcinoma da mama sob este imunomodulador. Várias endocrinopatias, nomeadamente disfunção tiroideia, têm sido reportadas com o uso de imunoterapia, sendo importante o apoio da Endocrinologia. A avaliação de função tiroideia nestes doentes é fundamental.

Moderadoras: Alexandra Vieira e Mariana Martinho

CO 07

TRATAMENTO COM ANTI-TIROIDEUS NA DOENÇA DE GRAVES PEDIÁTRICA – FATORES ASSOCIADOS A REMISSÃO

Patrícia Rosinha¹; Flávia Belinha²; Joana Serra Caetano²; Rita Cardoso²; Isabel Dinis²; Alice Mirante²

¹Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal; ²Unidade de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A doença de Graves (DG) em idade pediátrica apresenta uma evolução clínica habitualmente diferente do adulto, com taxas de remissão mais baixas sob anti-tiroideus de síntese (ATS) e maior taxa de eventos adversos. No entanto, os fatores de risco associados a maior probabilidade de remissão são ainda um aspeto controverso na literatura.

Objetivos: Identificar fatores clínicos, analíticos e ecográficos associados a maior probabilidade de remissão da DG com ATS.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo que incluiu a população pediátrica com DG submetida a tratamento com ATS (1ª linha) e com seguimento em Consulta de Endocrinologia Pediátrica no Hospital Pediátrico de Coimbra entre 2002 e 2021. A amostra foi dividida de acordo com a ocorrência de remissão aos 12 meses após suspensão de ATS nos grupos: remissão (R) e não remissão (NR).

Resultados: Amostra de 94 crianças e adolescentes, 78 (83,0%) do sexo feminino, com uma idade média ao diagnóstico de 12,5±3,2 anos. Nos grupos R e NR, foram incluídas respetivamente 21 (22,3%) e 73 (77,7%) crianças.

Não houve diferenças relativamente ao género, idade, história pessoal/familiar de doenças autoimunes ou função tiroideia ao diagnóstico. A presença de palpitações à apresentação foi mais frequentemente reportada no grupo NR (39,7% vs 14,3%; p=0,036), embora a duração dos sintomas tenha sido semelhante (p=0,642). Na ecografia, a hipervascularização da tiróide foi mais prevalente no grupo R (57,1% vs 23,3%; p=0,006). Em relação ao tratamento, não houve diferenças na dose de ATS mas a dose mediana de β-bloqueador foi superior no grupo NR [0,60(0,39) vs 0,41(0,32) mg/kg/dia; p=0,046]. A normalização dos níveis de anticorpos anti-receptor da hormona estimulante da tiróide (TRABs) foi mais frequente no grupo R (66,7% vs 35,6%; p=0,023). Não houve diferenças relativamente à duração do tratamento com ATS (p=0,596).

A análise por regressão logística binária multivariada mostrou uma associação entre a ausência de palpitações e a ocorrência de R [OR 11,38(0,69-185,86); p=0,088].

Conclusões: A R da DG após ATS ocorre mais frequentemente na ausência de palpitações, na presença de sinais de hipervascularização tiroideia, menores doses de β-bloqueador e normalização dos TRABs. Estes resultados corroboram os de estudos prévios indicando que os ATS podem induzir R sem afetar a atividade da DG e vascularização tiroideia. A ausência de palpitações é um fator preditor independente para a ocorrência de remissão após curso de ATS.

HIPERTIROIDISMO NA SÍNDROME MCCUNE-ALBRIGHT – UM CASO CLÍNICO DESAFIANTE

Patrícia Rosinha¹; Diogo Ramalho²; Orlando Rodrigues³; Sérgio Sousa³; Cristina Alves⁴; Joana Serra Caetano⁵; Rita Cardoso⁵; Isabel Dinis⁵; Alice Mirante⁵
¹Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal; ²Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Gaia, Portugal;
³Serviço de Genética Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; ⁴Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; ⁵Unidade de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A Síndrome McCune-Albright (MAS) é uma doença rara com amplo espectro de características fenotípicas e formas de apresentação, caracterizada pela presença de displasia fibrosa (DF), hiperpigmentação cutânea e endocrinopatias hiperfuncionantes (EHF).

Caso clínico: O presente caso refere-se a um adolescente de 13 anos (A) que apresentava, antes do 1A, uma mancha café-au-lait e DF polióstótica, cumprindo critérios para MAS. A DF é o componente mais incapacitante, tendo requerido várias intervenções cirúrgicas (IC) e tratamento (T) com bifosfonatos a partir dos 3A 9 meses (M) por dor persistente e intensa.

A função tiroideia foi doseada aos 5A1M por alteração do humor e aumento do apetite: TSH 0,03 mUI/L (0,10–4,00), T3 total 214 ng/dL (70–170), T3 livre 5,30 pg/mL (2,57–4,43), T4 total 9,90 µg/dL (5,10–14,00), T4 livre 1,34 ng/dL (0,93–1,70). A relação T3/T4 foi superior a 20, sugerindo hipertiroidismo (HT) compatível com a doença. Ao exame objetivo: uma mancha café-au-lait com bordos irregulares na região lombo-sagrada e envolvimento da linha média, sem alterações à palpação cervical. O estudo de autoimunidade tiroideia foi negativo, a ecografia da tiróide mostrou aumento do lobo direito (LD) com 2 nódulos sólidos de aproximadamente 14 mm e a cintigrafia da tiróide mostrou captação homogênea no LD.

Realizou T com tiamazol (2,5–10 mg/dia) durante 7A com difícil controlo. Atendendo à previsível recorrência após descontinuação, foi realizada tireoidectomia total sem complicações aos 12A5M, tendo iniciado suplementação com levotiroxina (1,97 µg/Kg/dia). O resultado anatomopatológico evidenciou hiperplasia nodular. Na última avaliação: TSH 1,20 mUI/L, T4 livre 1,02 ng/dL.

Houve melhoria progressiva das queixas álgicas relacionadas com a DF cerca de 8M após o início do T, permitindo a descontinuação do pamidronato. Entre o diagnóstico de HT e T definitivo, realizou 3 IC por grave deformidade em cajado de pastor envolvendo a região trocantérica e colo do fémur direito.

Conclusão: Embora o HT seja a segunda endocrinopatia mais comum na MAS e se associe a pior prognóstico pelo risco aumentado de fraturas ósseas e outras EHF, não há recomendações específicas para o seu T. Este caso retrata uma situação de HT não-autoimune associado à MAS que reflete os efeitos deletérios do excesso de hormonas tiroideias na DF, reforçando a importância do diagnóstico precoce da MAS e de manter um limiar baixo de suspeita para as várias EHF que podem surgir em associação.

Moderadoras: Joana Saraiva e Sónia Pratas

CO 09

TRATAMENTO COM IODO RADIOATIVO NA DOENÇA DE GRAVES PEDIÁTRICA – CASUÍSTICA DE 20 ANOS DE UM CENTRO

Patrícia Rosinha¹; Flávia Belinha²; João Pedro Silva³; Joana Serra Caetano²; Rita Cardoso²; Isabel Dinis²; Gracinda Costa³; Alice Mirante²

¹Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal; ²Unidade de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; ³Serviço de Medicina Nuclear, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A doença de Graves (DG) é a principal causa de hipertiroidismo em idade pediátrica, sendo o iodo radioativo (RAI) amplamente utilizado como tratamento definitivo (TD), apesar de uma percentagem considerável das crianças apresentar recorrência, necessitando de repetir terapêutica, retomar anti-tiroideus de síntese (ATS) ou realizar cirurgia.

Objetivos: Descrever aspectos relacionados com o TD com RAI numa população pediátrica com DG.

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo da população pediátrica com DG submetida a TD com RAI e com seguimento em Consulta de Endocrinologia Pediátrica no Hospital Pediátrico de Coimbra no período entre 2002 e 2021 (mediana de 69 meses de seguimento).

Resultados: Incluídas 17 crianças e adolescentes com uma idade ao diagnóstico de 12,0 (3,1) anos, das quais 16 (94,1%) do sexo feminino, 1 (5,9%) com história pessoal de doenças autoimunes (DAI) e 10 (58,8%) com história familiar de DAI.

Todas as crianças realizaram tratamento de 1ª linha com ATS, tendo posteriormente sido propostas para RAI por: ausência de remissão após curso de ATS em 13 (76,5%), remissão seguida de recidiva em 3 (17,6%) e efeitos adversos dos ATS (hepatite tóxica) em 1 (5,9%). A duração mediana do tratamento com ATS foi 38,0 (50,0) meses.

À data da realização do TD, apresentavam uma idade mediana de 15,1 (3,3) anos. Na avaliação analítica prévia ao tratamento: TSH 0,014 (4,671) mUI/L; T4 livre 1,20 (0,80) ng/dL; T3 livre 5,10 (3,85) pg/mL, anticorpos anti-recetor da hormona estimulante da tiróide (TRABs) 7,30 (23,41) U/L. Em 13 crianças (76,5%), houve melhoria clínica após RAI, tendo-se verificado recidiva em 4 casos, dos quais 3 tiveram mais de um episódio de recidiva. Considerando um tempo de seguimento de 14,0 (39,5) meses, 5 crianças (29,4%) desenvolveram hipotiroidismo. Na última avaliação, apresentavam uma idade mediana de 17,9 (0,6) anos e, analiticamente, TSH 2,66 (17,82) mUI/L, T4 livre 1,00 (0,35) ng/dL, T3 livre 3,55 (1,52) pg/mL, TRABs 9,85 (24,03) U/L, com TRABs positivos em 11 (64,7%) crianças.

Conclusões: Estes resultados indicam a segurança e eficácia do RAI na DG pediátrica a curto-prazo, apesar da controvérsia existente que decorre da ausência de estudos de segurança a longo-prazo. Assim, estes aspetos, associados ao seu menor custo comparativamente ao tratamento cirúrgico e às baixas taxas de remissão sob ATS mesmo quando tratamento prolongado, fazem do RAI o tratamento de eleição a considerar na maioria das situações em idade pediátrica.

CO 10

OS NÍVEIS DE ANTICORPOS ANTI-TPO TÊM INFLUÊNCIA NA TAXA DE REMISSÃO DE DOENÇA DE GRAVES?

Leonor Guia Lopes; Clotilde Limbert; Luís Raposo; João Sequeira Duarte
 Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: A doença de Graves (DG) é uma doença autoimune causada pela presença de anticorpos para o recetor de TSH (TRABs), resultando usualmente em hipertiroidismo. A patogenicidade dos anticorpos anti-TPO (TPOAbs) na DG permanece desconhecida. Alguns estudos sugere-

rem que níveis mais elevados de TPOAbs conduzem a taxa de remissão mais sustentada após tratamento com antitiroideus(AT).

Objetivos: Avaliar o papel da positividade a TPOAbs no curso clínico de DG.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo doentes com DG tratados com AT entre Janeiro de 2008 e Janeiro de 2021. Incluiram-se todos os doentes com diagnóstico de DG (TRAbs > 1,58 UI/L), hipertiroidismo bioquímico e doseamento de TPOAbs ao diagnóstico. Positividade para TPOAbs foi assumida por valores séricos > 35 UI/mL. Considerou-se remissão a descontinuação de AT por decisão clínica na ausência de hipertiroidismo. A recorrência de hipertiroidismo após AT foi assumida como recidiva.

Resultados: Foram incluídos 54 doentes (42 mulheres) com média de idades de 42,2(±13,5) anos. O tempo mediano de duração do primeiro curso de AT foi de 18 (IQR 42) meses. Em 45 (83,3%) doentes houve remissão nesse período. Em 9 deles os TRAbs mantiveram-se positivos (3,4 UI/L; IQR 2,3). Os TRAbs diagnósticos foram mais baixos em doentes com remissão após AT (p-value < 0,05). Em 57,4% dos doentes, foram doseados níveis de TPOAbs positivos (109,8 UI/mL; IQR 271). Em 51,1% de doentes assistiu-se a recidiva de hipertiroidismo num follow-up mediano de 24 (IQR 14) meses após descontinuação de AT. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos títulos de TPOAbs iniciais entre os doentes com remissão sustentada e doentes com recidiva de hipertiroidismo (p-value 0,389). Contudo, a tendência sugere que níveis mais elevados de TPOAbs resultam em menor taxa de sucesso terapêutico (471,59 ± 893,42 vs. 217,72 ± 345,82 UI/mL; p-value 0,08). 45,5% doentes com remissão sustentada e 73,9% dos doentes com recidiva apresentavam níveis de TPOAbs positivos à admissão.

Conclusões: Neste estudo não foi encontrada relação com significado estatístico entre a presença de TPOAbs ao diagnóstico e a remissão sustentada de hipertiroidismo em doentes com DG tratados com AT. Surpreendentemente, os resultados mostram que, tendencialmente, doentes com valores de TPOAbs mais elevados, têm maior probabilidade de recidiva após parar AT. Dada a elevada prevalência de positividade para TPOAbs em DG e a baixa especificidade deste marcador, o seu papel não parece ser relevante para o curso da doença.

Moderadoras: Catarina Matos e Sandra Paiva

CO 11

DOENÇA DE GRAVES NA GRAVIDEZ – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Ana Quítalo; Maria Manuel Costa; Maria Carlos Cordeiro; Ana Gonçalves Ferreira; David Barbosa; Ricardo Capitão; Isabel Manita; Luísa Raimundo
Hospital Garcia de Orta

Introdução: A doença de Graves é a principal causa de hipertiroidismo na gravidez e está associada a desfechos adversos gestacionais independentemente do trimestre envolvido. A este risco acresce a disfunção tiroideia neonatal, que ocorre em 2-5% dos recém nascidos.

Objetivos: Estudo das características de uma população de grávidas com diagnóstico de doença de Graves e incidência de complicações obstétricas e pediátricas.

Material e métodos: Foram avaliadas vinte e oito mulheres grávidas com acompanhamento hospitalar entre janeiro de 2011 e dezembro de 2021 na consulta de Endocrinologia/Gravidez por diagnóstico prévio ou de novo de doença de Graves. Analisaram-se os seguintes parâmetros: função tiroideia, TRAbs, duração do hipertiroidismo, terapêutica instituída e a respetiva duração e dose máxima. Das 24 gestações com informação clínica completa, foi analisada a incidência de complicações obstétricas, tipo de parto e desfechos adversos pediátricos, incluindo disfunção tiroideia.

Resultados: Do grupo de grávidas estudado, 71% foram medicadas com antitiroideus e 68% tinham TRAbs positivos no terceiro trimestre. A duração média de hipertiroidismo ao longo da gravidez foi de 9,3 semanas, com 7 casos registados na avaliação prévia ao parto. De 24 das 24 mulheres (41,6%) sofreram complicações obstétricas, sendo as mais frequentes a restrição de crescimento fetal/baixo peso ao nascer (5) e rutura prematura de membranas (3). A média de TRAbs no terceiro trimestre foi de 3,4, comparativamente a 2,7 nas mulheres sem complicações. Oito destas mulheres (83,3%) necessitaram de terapêutica com antitiroideus com uma duração média de 25,4 semanas. Quanto às grávidas sem patologia obstétrica associada (14), 57% estiveram sob terapêutica dirigida, durante uma média de 22,5 semanas. Dos 5 recém nascidos que realizaram estudo da função tiroideia, registaram-se 2 casos de hipertiroidismo subclínico, cujas mães tinham os valores mais elevados de TRAbs ao terceiro trimestre (5,8 e 10,9). No que diz respeito a outras patologias pediátricas, objetivou-se 1 caso de aplasia cutis e 2 casos de perturbação do desenvolvimento psicomotor.

Conclusões: A incidência de complicações obstétricas nesta população foi elevada conforme descrito na literatura. Este trabalho reforça a importância do controlo pré concecional da função tiroideia para a prevenção de desfechos adversos associados aos níveis de hormonas tiroideias, TRAbs e efeitos secundários dos antitiroideus.

CO 12

PREDITORES DE HIPOTIROIDISMO PERMANENTE EM MULHERES COM HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO NA GRAVIDEZ

Diogo Ramalho¹; Sara Correia¹; Gustavo Rocha¹; Lúcia Almeida¹; Helena Alves¹; Sara Monteiro¹; Maria João Oliveira¹

¹*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho*

Introdução: O hipotiroidismo subclínico (HSC) diagnosticado na gravidez associa-se a desfechos perinatais adversos, embora poucos estudos tivessem avaliado o estado tiroideu (ET) no período pós-parto (PPP).

Objetivos: Avaliar o ET no PPP, em mulheres com diagnóstico de novo de HSC na gravidez, identificando possíveis preditores clínicos e bioquímicos de hipotiroidismo permanente (HP).

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, entre 2011 a 2020, de mulheres com diagnóstico de HSC durante a gravidez, segundo as diretrizes da Associação Americana de Tiroide de 2017 (TSH > 4.0 µIU/mL e T4 livre normal), seguidas durante o 1º ano pós-parto (PP). Mulheres com história de doença tiroideia, doenças autoimunes, hipertensão arterial, Diabetes prévia à gravidez, uso prévio de fármacos que alteram a função tiroideia ou que mantiveram levotiroxina (LT4) no PP imediato foram excluídas. As 166 mulheres que cumpriram critérios de inclusão foram categorizadas consoante o ET no PPP (≥ 6 meses): g1-55 (33.1%) com HP e g2-111 (66.9%) em eutiroidismo. Desenvolveram-se modelos de regressão logística na identificação de preditores de HP. Resultados e conclusões: G1 apresentou, em média, níveis de TSH mais elevados ao diagnóstico (6.7 [±3.6] vs. 5.0 [±0.8] µIU/mL; p < 0.001) e nas 6 semanas PP (5.0 [±3.2] vs. 2.7 [±1.0] µIU/mL; p = 0.026), um diagnóstico de HSC mais precoce (15.5 [±7.2] vs. 18.9 [±6.5] semanas; p = 0.009), bem como maior frequência de hipotiroidismo nas 6 semanas PP (85.5% vs. 2.7%; p < 0.001), e positividade para antiTPO (72.7% vs. 8.1%; p < 0.001). Não se registaram diferenças para a idade materna, Índice de Massa Corporal pré-gestacional e nas 6 semanas PP, paridade, amamentação, coexistência de Diabetes Gestacional, história familiar de doença tiroideia, tipo de parto e T4 livre ao diagnóstico e nas 6 semanas PP. A positividade para antiTPO (OR = 27.0 [10.4-71.4]; p < 0.001), um nível de TSH mais elevado ao diagnóstico (OR = 1.766 [1.086-2.873]; p = 0.012) e nas 6 semanas PP (OR = 1.993 [1.043-3.808]; p = 0.037) mantiveram-se como preditores independentes de HP.

Um terço das mulheres com hipotiroidismo subclínico diagnosticado na gravidez apresentaram hipotiroidismo permanente pós-parto. Recomenda-se monitorização apertada da função tiroideia pós-parto, espe-

cialmente aquando do planeamento de uma gravidez subsequente, em mulheres com positividade para antiTPO, níveis de TSH mais elevados ao diagnóstico e nas 6 semanas pós-parto, atendendo ao seu risco acrescido de hipotireoidismo permanente.

Moderadoras: Joana Maciel e Sara Donato

CO 13

CARCINOMA CRIBRIFORME MORULAR DA TIRÓIDE COM SUSPEITA DE METASTIZAÇÃO: COMO TRATAR?

Vânia Benido Silva¹; Ana Rita Elvas²; Andreia Martins²; Raquel Martins²; Joana Couto²; Teresa Martins²; Jacinta Santos²; Teresa Azevedo³; Eugénia Rovira⁴; Manuel Sobrinho-Simões⁵; Fernando Rodrigues²

¹Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto; ²Serviço de Endocrinologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra - Francisco Gentil; ³Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga; ⁴Serviço de Medicina Nuclear, Instituto Português de Oncologia de Coimbra - Francisco Gentil; ⁵IPATIMUP

Introdução: O carcinoma cribriforme morular (CCM) da tiróide é uma entidade rara, de bom prognóstico, sendo a cirurgia curativa na maioria dos doentes. Este tumor surge associado à Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e apresenta quase sempre negatividade para tiroglobulina (Tg) a nível imunohistoquímico (IH). Os casos descritos na literatura de CCM com metastização à distância são escassos e o papel da terapêutica com ¹³¹Iodo nestas condições é pouco compreendido.

Caso clínico: Mulher, 45 anos, com diagnóstico de PAF aos 27 anos. Submetida a tireoidectomia total em 11/2019 no hospital na área de residência após citologia aspirativa suspeita de carcinoma papilar da tiróide (CPT). O resultado anatomopatológico inicial revelou um CPT sem angioinvasão/invasão da cápsula/extensão extratiroideia, pT2 Nx Mx, mas com ausência de expressão de Tg em IH. Durante o seguimento, verificou-se resposta indeterminada (ecografia cervical com achados inespecíficos, anticorpos anti-tiroglobulina ligeiramente elevados); TC torácica com micronódulos pulmonares bilaterais com ligeiro incremento dimensional em exames posteriores, não se podendo excluir lesões secundárias, não passíveis de biópsia minimamente invasiva ou avaliáveis por PET/CT com ¹⁸F-FDG. Em 05/2021, a doente foi orientada para o IPO de Coimbra. A revisão do exame histológico conclui-se tratar de um CCM no contexto da PAF conhecida, com IH compatível (Tg negativa, positividade difusa para β -catenina e TTF-1 e focal para CD10), múltiplas imagens de invasão venosa. Como tal, não se podendo excluir a possibilidade de metastização pulmonar, após discussão em reunião multidisciplinar, a doente foi submetida a tratamento com ³⁰mCi de ¹³¹Iodo em 01/2022. A cintigrafia pós terapêutica mostrou hipercaptação do radiofármaco na região cervical anterior (compatível com tecido tiroideu residual); sem captação pulmonar. Atualmente, a doente apresenta resposta bioquímica completa. Aguarda reavaliação imagiológica dos nódulos pulmonares.

Conclusões: Trata-se de um caso clínico raro de CCM potencialmente metastizado que ilustra os desafios clínicos e limitações terapêuticas inerentes à negatividade IH para Tg e o escasso conhecimento sobre o papel do tratamento com ¹³¹Iodo nestas circunstâncias.

CO 14

CARCINOMA DE CÉLULAS DE HÜRTHLE VS. FOLICULAR DA TIRÓIDE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DE 295 DOENTES

Ana Abrantes Figueiredo; Nádia Mourinho; Valeriano Leite; Joana Simões-Pereira - Serviço de Endocrinologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil - Serviço de Endocrinologia, Hospital Beatriz Ângelo

O Carcinoma de Células de Hürthle (CCH) é um tumor raro, anteriormente considerado uma variante oncótica ou oxifílica do Carcinoma Fol-

cular da Tiroide (CFT). Em 2017, devido ao seu diferente comportamento clínico e biológico, foi considerado pela OMS uma entidade distinta. A literatura sugere um pior prognóstico do CCH relativamente ao CFT, sendo os estudos que comparam estes dois tipos de tumores escassos. O objectivo deste estudo é comparar as características clínicas e factores prognósticos destes dois tipos de tumor.

Métodos: Análise retrospectiva de 295 doentes, 136 (46,1%) com CCH e 159 (53,9%) com CFT, com uma mediana de follow-up de 92 (IQR 80) meses. Foram incluídos os doentes com início de seguimento na consulta de oncologia tiroideia do IPOLFG entre 2000 e 2018 e com um follow-up mínimo de 1 ano. Análise estatística com SPSS 23ª edição.

Resultados: Os doentes com CCH apresentaram uma mediana de idades ao diagnóstico superior ($57,7 \pm 15,3$ vs $53,12 \pm 17,0$ anos, $p=0,02$). Observou-se uma maior recidiva loco-regional nos doentes com CCH (15,0% vs 2,5%, $p<0,001$), mas não à distância (19,0% vs 10,7%, $p=0,05$). A sobrevida livre de doença foi significativamente inferior nos doentes com CCH (213,49 IC 95% 187,79-239,19 vs 224,49 IC 95% 208,58-239,47 meses, $p=0,02$), mas não houve diferença relativamente à sobrevida global ($p=0,97$) e à sobrevida específica de doença ($p=0,34$).

O CCH foi identificado como factor de pior prognóstico para a sobrevida livre de doença na análise univariada (OR 2,0 IC 95% 1,1-3,8, $p=0,02$), contudo na análise multivariada, apenas a idade ≥ 55 anos (OR 2,3 IC 95% 1,0-5,2, $p=0,04$) e o subtipo histológico (extensamente invasivo vs minimamente invasivo) (OR 2,5, IC 95% 1,2-5,2, $p=0,01$) foram factores independentes de prognóstico. Na sobrevida global identificou-se como factores independentes de prognóstico a idade ≥ 55 anos (OR 2,8 IC 95% 1,1-7,6, $p=0,04$), a presença ao diagnóstico de metástases ganglionares (OR 5,5 IC 95% 2,2-13,7, $p<0,001$) e de doença à distância (OR 54,5 IC 95% 6,3-475,1, $p<0,001$). O tipo histológico não se associou a este outcome.

Conclusão: O nosso estudo, um dos maiores da literatura, demonstrou que os CCH foram diagnosticados em idades mais tardias e que a recidiva de doença loco-regional foi mais frequente nestes carcinomas. A sobrevida livre de doença foi inferior no CCH, contudo quando ajustado para a mesma idade e subtipo histológico, não houve diferença na sobrevida livre de doença entre os dois carcinomas.



REUNIÃO DE PRIMAVERA DO GRUPO DE ESTUDO DA TIRÓIDE

RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS & POSTERS

POSTERS

PO 01

CARCINOMA DA TIRÓIDE COM METASTIZAÇÃO ÓSSEA E TIROGLOBULINA INDOSEÁVEL – UM CASO CLÍNICO RARO

Andreia Fernandes; Ana Rita Elvas; Raquel G. Martins; Joana Couto; Jacinta Santos; Teresa Martins; Fernando Rodrigues
Serviço de Endocrinologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

Introdução: A tiroglobulina (Tg) é um marcador fundamental no seguimento dos doentes com carcinoma diferenciado da tiróide de origem folicular. Constitui um preditor de doença persistente/recorrente após realização de tireoidectomia total e terapêutica com iodo radioativo, definindo-se como resposta excelente à terapêutica um valor de Tg sérica $<0,2$ ng/mL, na ausência de evidência estrutural de doença e de anticorpos anti-Tg.

Caso Clínico: Uma mulher de 73 anos com antecedentes de tireoidectomia parcial realizada em 1980, e cujo resultado anatomopatológico se desconhecia, foi referenciada por nódulo da tiróide com citologia de tumor folicular. Foi submetida a tireoidectomia restante em 2005, tendo o resultado anatomopatológico revelado hiperplasia nodular e microcarcinoma papilar variante folicular com 5 mm. A doente iniciou terapêutica com levotiroxina e manteve vigilância. Analiticamente, a Tg manteve-se indoseável ($<0,04$ ng/mL) e os anticorpos anti-Tg negativos. Após 5 anos de seguimento, por queixas de dor lombar e dificuldades na marcha, foi realizada tomografia computadorizada (TC) da coluna que demonstrou lesão vertebral suspeita na região lombar. Realizou cintigrafia corporal com iodo-131 que foi negativa. A biópsia da lesão revelou tratar-se de metástase de carcinoma folicular da tiróide. Foi realizada exérese cirúrgica e radioterapia externa com melhoria sintomática. Em 2019, realizou TC da coluna de controlo que não evidenciou massa tumoral residual. A Tg manteve-se indoseável durante 15 anos de seguimento, até que em 2020 se verificou elevação progressiva da tiroglobulina (valor máximo de 2,66 ng/mL). A ecografia cervical e a TC cervicotorácica realizadas não evidenciaram metástases, contudo a TC da coluna revelou recidiva da massa tumoral a nível lombar. A doente foi novamente submetida a radioterapia externa da coluna, verificando-se resposta favorável com redução do valor de tiroglobulina para 0,19 ng/mL.

Conclusão: Existem poucos casos descritos de carcinoma diferenciado da tiróide de origem folicular com metastização óssea associado a Tg sérica indoseável e a cintigrafia corporal negativa. Têm sido descritos vários fatores que podem condicionar resultados falsos-negativos da Tg. A utilidade deste marcador é indiscutível, contudo este caso clínico alerta para a possibilidade de existência de doença metastática sem tradução no doseamento da Tg sérica, o que pode condicionar um atraso no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento.

PO 02

CARCINOMA ANAPLÁSICO SARCOMATOIDE DE ORIGEM TIROIDEIA – UM CASO RARO

Catarina Cidade Rodrigues¹; Catarina Chaves¹; Susana Garrido²; Luis Castro Neves³; Mariana Martinho¹; Filipe Cunha¹; Margarida Almeida¹
¹Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; ²Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto; ³Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: O carcinoma anaplásico da tiróide é um tumor raro e indiferenciado. Tem uma taxa de mortalidade superior a 90% e sobrevida média de 6 meses após o diagnóstico, traduzindo a sua agressividade e rápida progressão. Microscopicamente, categoriza-se em escamoso e sarcomatoide, sendo este último correspondente a 8% dos casos. Apresenta-se habitualmente como uma massa de crescimento rápido, em doentes com bócio de longa duração.

Caso clínico: Mulher, 76 anos, parcialmente dependente, institucionalizada, referenciada à consulta por hipotireoidismo primário e bócio nodular com vários anos de diagnóstico, mas crescimento recente significativo do volume tiroideu e de múltiplos nódulos, heterogêneos e endurecidos. Outros antecedentes: meningite na infância e epilepsia sequelar, sob fenitoína 100mg bid. Sem sintomas compressivos ou de disfunção tiroideia. Sem história pessoal de irradiação cervical ou neoplasias. Sem história familiar de doença tiroideia ou neoplasias. Ao exame objetivo, bócio visível, segundo a doente estável há anos; tiróide globosa à palpação, com nódulos bilateralmente, o maior à esquerda com 5cm e consistência pétrea. Analiticamente, sob levotiroxina 75 ug/dia: TSH 0.59uIU/mL, T4livre 0.37ng/dL(0.61-1.12), Calcitonina <2 .0pg/mL. Anti-TPO negativos. Citologia aspirativa do nódulo dominante: benigno. Por crescimento progressivo das dimensões do nódulo, desvio e compressão traqueais documentados em TC e surgimento de adenopatia submandibular direita com 30x23mm. Decidida tireoidectomia total e exérese da adenopatia cervical. Histologia: carcinoma anaplásico sarcomatoide de origem tiroideia, sem evidência de invasão extratiroideia ou vascular, em seio de hiperplasia nodular. Ki67 $>95\%$; positividade nuclear para p53; CD23+; CAM5.2+. Citologia da adenopatia: reativa. PET-FDG: avides no lobo esquerdo da tiróide, em adenopatia latero-cervical direita, nível IIb e nódulos em ambos os pulmões - lesões metastáticas. TC cerebral sem lesões ocupantes de espaço. Avaliada em consulta de grupo no IPO-Porto: decidido tratamento sintomático. A doente faleceu 12 meses após a cirurgia.

Conclusão: O diagnóstico diferencial entre carcinoma anaplásico sarcomatoide e sarcoma intratiroideu é um desafio a nível histológico. A raridade deste caso reside no facto de não haver evidência histológica de invasão, o que é, neste tipo de carcinomas, muito atípico. A evolução desfavorável da doente é compatível com o mau prognóstico relatado neste tipo de carcinomas.

PO 03

DOENÇA DE GRAVES OSCILANTE: POSSÍVEL ALTERNÂNCIA ENTRE TRABS ESTIMULATÓRIOS E INIBITÓRIOS

Catarina Cidade Rodrigues¹; Filipe Cunha¹; Catarina Chaves¹; Bruno Santos²; Isabel Lopes²; Luís Castro Neves²; André Silva³; Mariana Martinho¹; Margarida Almeida¹

¹Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; ²Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; ³Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: Os TRAbs (TSH-receptor antibodies) têm um papel fundamental na abordagem ao doente com Doença de Graves (DG), sendo que apresentam maioritariamente uma ação estimuladora do recetor da TSH na glândula tiroideia. Contudo, existem subtipos de TRAbs que exercem atividades inibitória e neutra, apesar do seu papel na patofisiologia da autoimunidade tiroideia ser menos compreendido.

Caso Clínico: Mulher, 31 anos. Fumadora, sem antecedentes ou medicação habitual. História familiar de tia-avó materna com carcinoma diferenciado da tiróide. Apresentava palpitações, hipersudorese, intolerância ao calor, dismenorrea, aumento do trânsito intestinal, insónias e ansiedade com 3 meses de evolução. Sem perda ponderal, mialgias, sintomas oculares ou compressivos. Exame objetivo: PA 136/85mmHg, FC 95bpm. Peso 84kg, altura 165cm, IMC 31kg/m². Tiróide globosa, sem nódulos identificáveis. Sem frêmitos ou sopros tiroideus. Proptose bilateral, sem edema ou eritema associados. Sem acropatia ou dermatopatia. Analiticamente: TSH <0.01 mUI/mL, T4L 1.32ng/dL (0.54-1.24), T3L 7.35pg/mL (2.5-4.4). Anticorpos TRAbs 259U/mL, anti-TPO >2000U/mL e antitiroglobulina 6884U/mL. Contagem de neutrófilos, creatinina e transaminases normais. Ecografia tiroideia: tamanho aumentado, parênquima heterogêneo, sem nódulos. Diagnóstico: Doença de Graves com Orbitopatia de Graves ligeira. Tratamento inicial: propranolol 10mg 3id, selênio 100ug bid, lágrimas artificiais e metimazol 5mg. Por hipertiroidismo clínico mantido, necessidade de aumento gradual da dose de metimazol. Aos 5 meses: TSH 0.01mUI/mL, T4L 0.73ng/dL, T3L 3.79pg/mL, foi reduzida dose de metimazol. Aos 10 meses: TSH 58mUI/mL, T4L 0.38ng/dL, T3L 2.80pg/mL, foi suspenso metimazol. TRAbs persistentemente elevados (280 > 238 > 171 > 146 > 133U/L) e TSI 128 > 153U/L. Aos 11 meses: TSH 48.8mUI/mL, T4L 0.63ng/dL, T3L 3.29pg/mL, iniciado block and replace. Eutiroideia aos 15 meses de terapêutica. Tratamento definitivo com tireoidectomia total. Complicações: hipoparatiroidismo crónico iatrogénico.

Conclusão: Alguns doentes com DG produzem, além de TRAbs estimulatórios, TRAbs inibitórios, tendo estes últimos menor atividade biológica mas influência no tratamento. Neste caso, o difícil controlo da função tiroideia com antitiroideus de síntese pode ser tradutor de alternância entre um predomínio estimulatório e inibitório dos TRAbs em circulação, tendo havido necessidade de um esquema block and replace para controlo da função tiroideia para permitir o tratamento cirúrgico.

PO 04

LENVATINIB NO TRATAMENTO DE CARCINOMAS AVANÇADOS DA TIRÓIDE- SUBANÁLISE DE CARCINOMAS BEM DIFERENCIADOS

Inês Damásio¹; Joana Maciel¹; Ana Figueiredo¹; Hélder Simões¹; Tiago Silva¹; Joana Simões-Pereira¹; Mariana Horta²; Rita Joana Santos¹; Sara Donato¹; Valeriano Leite¹

¹Serviço de Endocrinologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil; ²Serviço de Radiologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil

Introdução: O tratamento de carcinomas bem diferenciados da tiroide (CDT) permanece um desafio no contexto de doença localmente avançada ou metastática refratária a terapêutica com Iodo 131. O ensaio SELECT demonstrou que o Lenvatinib melhora a sobrevida livre de progressão (PFS) em comparação com placebo.

Objetivos: Avaliar a eficácia e segurança do lenvatinib nos doentes seguidos no nosso centro com carcinoma avançado da tiroide.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva de 25 doentes com carcinoma bem diferenciado da tiroide em estágio avançado que iniciaram terapêutica com Lenvatinib entre janeiro de 2016 e janeiro de 2022. Doentes com carcinomas pouco diferenciados ou anaplásicos foram excluídos.

Resultados: Foram incluídos 25 doentes com CDT avançados com idade média à data de início do lenvatinib de 67,6±1,8 anos. Desses, 64% eram do sexo feminino e 96% tinham metástases à distância (M1): 91,7% no pulmão; 62,5% no osso e 62,5% em ≥2 localizações. A duração mediana do tratamento foi de 9,1 e a dose média diária de 16,7 mg. As melhores respostas foram: resposta completa em 1 doente (4%), resposta parcial em 10 (40%), doença estável em 9 (36%) e progressão de doença em 2 doentes (12%). A taxa de resposta foi de 44%; a taxa de controlo de doença foi de 80% e a taxa de benefício clínico de 68%. A mediana estimada da PFS e da sobrevida global foram 31,3 (95% intervalo de confiança (CI): 18,6-43,9) e 29,6 (95% CI 25-34,1), respetivamente. A alteração média da soma dos maiores diâmetros das lesões alvo desde o baseline ao nadir foi de -32,7% (±6,9). O tempo de duplicação do volume tumoral (TDVT) mediano pré e pós-lenvatinib foi de 10 e -3,5 meses, respetivamente. O lenvatinib resultou num prolongamento dos TVDT em 86,7% dos doentes. Reportámos efeitos adversos (EA) em 96% tendo a hipertensão arterial sido o mais frequente (85%). Foi reportado um EA grau 5 (fístula reto-vaginal com posterior sépsis) numa doente com história prévia de irradiação pélvica.

Discussão: Este trabalho confirma a eficácia do lenvatinib na população complexa e multitratada seguida no nosso centro e está em linha com outros estudos de vida real que reportam benefício clínico com doses inferiores às preconizadas no SELECT. Na nossa série, o lenvatinib mostrou maior benefício na doença mais rapidamente progressiva. Apesar da elevada frequência de EA, as reações mais graves relacionadas com a cicatrização parecem ter sido potenciadas pela irradiação prévia.