



# REUNIÃO DE PRIMAVERA

## GRUPO DE ESTUDO DA TIROIDE

05 de maio de 2023  
Hotel D. Luís, Coimbra



Aceder à versão digital  
do programa com resumos

## PROGRAMA

### Organização



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

### Apoios

**Merck Serono**  
Living science, transforming lives



*Lilly*

### Secretariado

**admedic<sup>+</sup>**

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

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





# PROGRAMA

09:00h	Abertura do Secretariado
09:40-10:30h	<b>TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS NA PATOLOGIA NODULAR BENIGNA</b> <i>Moderadores:</i> Dr. Luís Raposo, Dra. Catarina Saraiva e Dr. António Garrão
09:40-10:00h	<b>Contextualização teórica</b> Dr. Helder Simões
10:00-10:20h	<b>Micro-ondas na prática clínica – Critérios de referência</b> Dra. Leonor Fernandes
10:20-10:30h	<b>Discussão</b>
10:30-11:00h	Coffee-break
11:00-12:15h	<b>TIROIDE E REPRODUÇÃO</b> <i>Moderadores:</i> Dra. Maria Carlos Cordeiro, Dra. Deolinda Madureira e Dr. Francisco Rosário
11:00-11:20h	<b>Hipotiroidismo e autoimunidade em contexto de fertilidade</b> Dr. David Barbosa
11:20-11:40h	<b>Hipertiroidismo na reprodução</b> Dra. Catarina Matos
11:40-12:00h	<b>Estudo TSH na grávida: Ponto de situação</b> Dra. Maria João Oliveira e Dra. Sandra Paiva
12:00-12:15h	<b>Discussão</b>
12:15-12:45h	<b>APRESENTAÇÃO DO CONSENSO DO GRUPO DE TRABALHO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ONCOLOGIA DE PRECISÃO NO CANCRO DA TIROIDE</b> <i>Moderadoras:</i> Dra. Joana Maciel, Dra. Elisabete Rodrigues e Dra. Ana Paula Marques <i>Palestrante:</i> Dra. Francisca Puga
12:45-14:15h	Almoço
14:15-16:00h	<b>COMUNICAÇÕES ORAIS – TIROIDE/PARATIROIDE</b> <b>Comunicação 1</b> <i>Moderadoras:</i> Dra. Ana Gonçalves Ferreira e Dra. Teresa Martins <b>Comunicação 2</b> <i>Moderadoras:</i> Dra. Cristina Ribeiro e Dra. Joana Saraiva <b>Comunicação 3</b> <i>Moderadoras:</i> Dra. Catarina Machado e Dra. Teresa Azevedo <b>Comunicação 4</b> <i>Moderadoras:</i> Dra. Clara Cunha e Dra. Daniela Cavaco <b>Comunicação 5</b> <i>Moderadoras:</i> Dra. Inês Sapinho e Dra. Joana Maciel <b>Comunicação 6</b> <i>Moderadoras:</i> Dra. Isabel Manita e Dra. Jacinta Santos <b>Comunicação 7</b> <i>Moderadoras:</i> Dra. Alexandra Vieira e Dra. Isabel Inácio <b>Comunicação 8</b> <i>Moderadoras:</i> Dra. Mariana Martinho e Dra. Isabel Manita <b>Comunicação 9</b> <i>Moderadoras:</i> Dra. Cláudia Freitas e Dr. André Carvalho <b>Comunicação 10</b> <i>Moderadoras:</i> Dra. Raquel Martins e Dra. Isabel Manita
16:00h	<b>SESSÃO DE ENCERRAMENTO</b>

# REUNIÃO DE PRIMAVERA DO GRUPO DE ESTUDO DA TIROIDE

COMUNICAÇÕES ORAIS | 14:15-16:00h

Moderadoras: Dra. Ana Gonçalves Ferreira e Dra. Teresa Martins

CO 01

## ANGIOSSARCOMA DA TIROIDE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Andreia Martins Fernandes; Ana Rita Elvas; Joana Couto; Raquel G. Martins; Jacinta Santos; Paulo Rocha Menezes; Daniela Gomes; Olga Vaz; Teresa Martins; Fernando Rodrigues  
IPO Coimbra

**Introdução:** O angiossarcoma da tiroide é uma neoplasia maligna rara e agressiva, mais frequentemente reportada nas regiões Alpinas. Os doentes apresentam uma massa cervical de crescimento rápido associada a sintomas compressivos. O diagnóstico é geralmente desafiante, sendo o carcinoma anaplásico da tiroide o principal diagnóstico diferencial. Embora não existam diretrizes estabelecidas, o tratamento recomendado consiste em ressecção cirúrgica completa associada a radioterapia e/ou quimioterapia adjuvante.

**Caso clínico:** Mulher, 58 anos, sem antecedentes de patologia tiroideia, referenciada por massa cervical indolor associada a disfagia com um mês de evolução. Objetivada massa dura pétreia com cerca de 5 cm no lobo direito da tiroide e adenomegalia supraclavicular direita aderente aos tecidos subjacentes. A ecografia revelou uma massa sólida, heterogénea e hipocogénica com 43x38x58 mm e adenopatias supraclaviculares à direita. A TC demonstrou uma massa com 63x60x49 mm, ocupando o lobo direito e istmo da tiroide, sem planos de clivagem com a traqueia e esófago, desviando a laringe e a traqueia, e envolvendo a artéria carótida comum direita. Analiticamente, apresentava hipotirodismo subclínico e calcitonina normal. A citologia aspirativa da massa tiroideia indicou lesão “suspeita de malignidade”. A citologia aspirativa da adenopatia não demonstrou células malignas e o doseamento de tiroglobulina e calcitonina no lavado da agulha foi negativo. A biópsia incisional da massa tiroideia foi a favor do diagnóstico de tiroidite de Riedel, não substanciando a possibilidade de neoplasia maligna. Perante estes achados e a estabilidade da lesão, foi assumido o diagnóstico de tiroidite de Riedel e iniciada terapêutica com prednisolona. Por ausência de melhoria clínica, foi associada terapêutica com tamoxifeno. Posteriormente, verificou-se agravamento da disfagia, emagrecimento e aparecimento de disфонia, pelo que foi realizada hemitiroidectomia direita parcial para alívio sintomático. O resultado anatomopatológico revelou tratar-se de um angiossarcoma da tiroide com marcada esclero-hialinização e envolvimento ganglionar cervical. A TC toraco-abdomino-pélvica não demonstrou metastização à distância. Foi proposta radioterapia, contudo esta foi protelada por deiscência e infeção da ferida cirúrgica. A doente faleceu, 2 meses após a cirurgia, por hemorragia maciça com ponto de partida na ferida cirúrgica.

**Conclusões:** Descrevemos um caso de angiossarcoma da tiroide, o quarto descrito em Portugal, que constituiu um verdadeiro desafio diagnóstico, tendo o diagnóstico sido obtido apenas após exame da peça operatória. Embora raro, o angiossarcoma da tiroide deve ser um diagnóstico diferencial a considerar perante uma massa tiroideia de consistência dura e crescimento rápido, juntamente com as hipóteses diagnósticas de carcinoma anaplásico da tiroide e tiroidite de Riedel.

Moderadoras: Dra. Cristina Ribeiro e Dra. Joana Saraiva

CO 02

## INVASÃO VASCULAR NO CARCINOMA PAPILAR DA TIROIDE DE BAIXO RISCO: UM VERDADEIRO FATOR DE RISCO?

Francisca Marques Puga<sup>1</sup>; Abir Al Ghuzlan<sup>2</sup>; Dana M. Hartl<sup>2</sup>; Mohamed-Amine Bani<sup>2</sup>; Sophie Moog<sup>2</sup>; Fabiana Pani<sup>2</sup>; Ingrid Breuskin<sup>2</sup>; Joanne Guerlain<sup>2</sup>; Matthieu Faron<sup>2</sup>; Desirée Denadreis<sup>2</sup>; Eric Baudin<sup>2</sup>; Julien Hadoux<sup>2</sup>; Livia Lamartina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE/Hospital Geral de Santo António; <sup>2</sup>Instituto Gustave Roussy

**Introdução:** A presença de invasão vascular venosa é um critério de risco intermédio de recidiva no carcinoma papilar da tiroide (CPT). No entanto, a invasão vascular é frequentemente sub-reportada e o seu tipo (linfática ou venosa) habitualmente omisso, desconhecendo-se o seu verdadeiro impacto no CPT sem outras características de risco.

**Objetivos:** Avaliar o impacto da invasão linfática e venosa no risco de recidiva/persistência do CPT de baixo risco.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo incluindo doentes com CPT sem outras características de risco exceto invasão vascular, com diagnóstico entre 2013 e 2019. Foi avaliada a persistência/recidiva durante o *follow-up*. Foi efetuada revisão das lâminas para confirmar a presença de invasão linfovascular e determinar o seu tipo (linfática ou venosa).

**Resultados:** Um total de 141 doentes foram incluídos. A invasão linfovascular foi confirmada em 20.6% (29/141). Após a cirurgia, 48.9% (69/141) receberam iodo-131. O tempo mediano de *follow-up* foi de 4 [3-6] anos. Durante o *follow-up*, 6 (4.2%) doentes apresentaram doença persistente/recorrente a nível local, incluindo 3 com invasão linfovascular, confirmada como “apenas linfática”. Os doentes com CPT com invasão linfovascular confirmada apresentaram maior taxa de persistência/recorrência em comparação com aqueles sem invasão linfovascular [10.3% (3/29) vs 2.7% (3/112), p=0.1], especialmente no subgrupo de doentes que não receberam iodo-131 [20% (2/10) vs 1.6% (1/62), p=0.049] [OR 15.25, 95% CI 1.24-187.85, p=0.033].

**Conclusões:** A invasão linfovascular, incluindo a invasão linfática isolada, está associada a um risco de persistência/recidiva sensivelmente superior no CPT de baixo risco, especialmente em doentes não tratados com iodo-131. A invasão linfática poderá ter um papel nos sistemas de estratificação de risco para tomada de decisões.

Moderadoras: Dra. Catarina Machado e Dra. Teresa Azevedo

CO 03

## NÓDULO TIROIDEU NA PRESENÇA DA MUTAÇÃO DO MUTYH E DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO – QUAL A ORIGEM?

Patrícia Cunha Brito; Valentim Lopes; Catarina Machado; Catarina Matos; Olinda Marques  
Hospital de Braga

**Introdução:** A síndrome de polipose intestinal associada à mutação do MUTYH é uma doença autossómica recessiva rara que se associa a um risco aumentado de carcinoma colorrectal, assim como de outros tipos de carcinoma extraintestinais, incluindo na tiroide.

**Caso clínico:** Homem de 44 anos com antecedentes de colectomia total em 2019 por polipose associada a MUTYH. Em TC de vigilância 9 meses após a cirurgia foram detetadas lesões pulmonares suspeitas, tendo sido diagnosticado com adenocarcinoma pulmonar (ADP), com metastização óssea e ganglionar. Detetado também um nódulo tireoideu de 37mm com hipercaptação em PET-FDG (SUV max=3.17). Realizou punção aspirativa com resultado de carcinoma, com características não sugestivas de carcinoma papilar ou medular da tireoide. Realizou também core biopsy que não foi representativa da lesão anteriormente descrita. A decisão da equipa multidisciplinar Oncologia/Pneumologia foi de avaliar o comportamento da lesão tireoideia sob terapêutica sistémica dirigida à neoplasia pulmonar. Iniciou afatinib, posteriormente alterado para osimertinib por progressão da doença. Em 2022, aquando da referenciação a consulta de Endocrinologia por diabetes de novo, decidido reavaliar a patologia tireoideia. O doente negava sintomas compressivos. Função tireoideia normal. Ecografia tireoideia com conglomerado nodular sólido heterogéneo, predominantemente hipocogénico, com focos hipercogénicos sugestivos de microcalcificações, ocupando a totalidade do lobo esquerdo, com cerca de 50 mm (EU-TIRADS 5). O resultado da punção aspirativa foi de carcinoma. Colocada a hipótese de se tratar de neoplasia primária da tireoide associada à mutação MUTYH ou de metástase de ADP. Pela ausência de amostra para estudo adicional, não foi possível avançar na caracterização da lesão. Tendo em conta progressão da doença pulmonar e agravamento do estado clínico, optou-se por vigilância em detrimento de tireoidectomia. Apesar do tratamento, o doente faleceu, cerca de 3 anos após diagnóstico da mutação MUTYH.

**Discussão:** Apresentamos um caso de um doente com citologia compatível com carcinoma e antecedentes de mutação MUTYH. A metastização para a tireoide é extremamente rara e o diagnóstico pode ser desafiante, especialmente na presença de uma mutação que confere risco aumentado de apresentar várias neoplasias primárias síncronas. Na ausência de características clínicas/imagiológicas distintivas, a anatomia patológica, em especial, a imunohistoquímica assume um papel crucial, o que não foi possível neste caso, permanecendo a dúvida de se tratar de neoplasia primária ou de metastização.

*Moderadoras:* Dra. Clara Cunha e Dra. Daniela Cavaco

#### CO 04

### DOENÇA AGRESSIVA, HISTOLOGIA INDOLENTE: UM CASO DE CARCINOMA PAPILAR OCULTO

Guilherme Assunção<sup>1</sup>; Daniel Barbosa<sup>2</sup>; José Ferro<sup>2</sup>; Sara Gil-Santos<sup>2</sup>; Gonçalo Ferreira<sup>2</sup>; Joana Oliveira<sup>2</sup>; Inês Lucena Sampaio<sup>2</sup>; Isabel Torres<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário de Santo António; <sup>2</sup>IPO Porto

**Introdução:** Cerca de 1-4% dos carcinomas papilares da tireoide (CPT) apresentam metástases à distância. De forma mais rara, podemos estar perante um tumor oculto da tireoide quando o diagnóstico de lesões metastáticas é realizado antes da descoberta da neoplasia primária.

**Caso clínico:** Homem de 56 anos, sem antecedentes relevantes, dá entrada no serviço de urgência por quadro progressivo de astenia, parestesias e hipoestesia dos membros inferiores com 2 meses de evolução a condicionar alectuamento. Associadamente, com quadro de raqualgia, sem história de traumatismo. TC e RM cervicolumbosagrado a revelar lesões osteolíticas nas regiões basi-occipitais, D2-D4, D8-D9 e S1, com presença de componente de tecidos moles pré-vertebrais e intracanalicular, a comprimir a medula em D2-D3. TC TAP com descrição de nódulo pulmonar de 13mm, massa óssea de 5 cm compatível com metástase costal esquerda e referência a lesão lítica na asa ilíaca esquerda com 4 cm. O doente foi internado para estudo da lesão primária com realização de biópsia da massa costal, compatível com metástase de carcinoma da tireoide. A ecografia tireoideia mostrou nódulo hipocogénico de limites mal definidos, com microcalcificações, medindo 9x7x16 mm. A citologia

aspirativa do nódulo foi compatível com tumor folicular, verificando-se analiticamente tireoglobulina de 21169ng/mL, calcitonina e anticorpo anti-tireoglobulina negativos. Realizado PET-FDG a demonstrar adicionalmente envolvimento ganglionar aortopulmonar e bronco-hilar direito, no 6º e 8º arcos costais e de L1-L4. O doente foi submetido a descompressão medular em D2-D3, com melhora da sintomatologia. Foi orientado para consulta de Endocrinologia do IPO do Porto e proposto para tireoidectomia total que realizou sem intercorrências. A peça histológica revelou um carcinoma papilar variante folicular, bem delimitado com 0,8 cm de tamanho, sem invasão extranodular capsular, vascular, linfática ou extensão extratireoideia. Realizou terapêutica com 131Iodo (150mCi) sob rTSH e com esquema de corticoterapia profilática, sem qualquer intercorrência. A análise bioquímica pós terapêutica mostrou tireoglobulina 185462 ng/mL e anti-tireoglobulina >4000,00 U/mL

**Conclusão:** Apresentamos um caso de um microCPT oculto sem extensão extranodular mas com disseminação hematogénica à distância. Estes casos são extremamente raros já que a maioria dos CPT ocultos são incidentais apresentando-se sem doença metastática (conferindo um bom prognóstico) ou com disseminação linfática local associada.

*Moderadoras:* Dra. Inês Sapinho e Dra. Joana Maciel

#### CO 05

### LESÃO DA TIROIDE DE CRESCIMENTO RÁPIDO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela M. Soares; Guilherme Vaz de Assunção; Liliana Fonseca; André Couto de Carvalho; Cláudia Freitas  
Centro Hospitalar Universitário de Santo António

**Introdução:** As lesões da tireoide associadas a dor com rápido crescimento podem constituir um desafio diagnóstico. Apresentamos, neste contexto, o seguinte caso clínico.

**Caso clínico:** Homem de 57 anos, autónomo. Fumador (35UMA), com diagnóstico de carcinoma epidermoide do pulmão em 07/2022, T4N-xM0. A TC do tórax descreveu formação tumoral envolvendo o brônquio lobar superior esquerdo, de 31x21x33mm, com invasão da veia pulmonar e possível invasão pleural. Adicionalmente, a PET-FDG identificou vários focos de hipercaptação anormal, dos quais se destaca nódulo no lobo direito da tireoide (Q.SUVmáx=24,1; vs. Q.SUVmáx=24,6 em massa na região hilar pulmonar esquerda). Realizou neste contexto RT torácica em 09/2022, tendo recusado QT. Desde 09/2022 com noção de tumefação cervical direita com aumento progressivo, associado a dor e rouquidão. A ecografia cervical revelou lobo direito totalmente ocupado por estrutura nodular hipocogénica infiltrativa, com calcificações dispersas e contornos irregulares (EU-TIRADS 5); associadamente, adenomegalia jugulo-carotídea direita de 24x16x36mm com centro de menor ecogenicidade, sugestiva de necrose cística. Realizou CAAF à direita que revelou categoria VI de Bethesda, mas com dúvida se neoplasia primária da tireoide (pouco diferenciada) ou metastização de neoplasia (pulmonar). Doseamento de Tg no lavado da agulha do gânglio cervical de 11,4 ng/mL (1,4-78) e Tg plasmática de 62 ng/mL. Função tireoideia normal e calcitonina plasmática indoseável. Discutido caso em grupo multidisciplinar, tendo sido realizada biópsia incisional da massa cervical e biópsia excisional ganglionar. Anatomia patológica compatível com carcinoma epidermoide invasor moderadamente diferenciado.

**Conclusão:** Embora incomuns, os tumores secundários da glândula tireoideia podem representar, por vezes, dilemas diagnósticos perante achados da citologia aspirativa com agulha fina, já que frequentemente mimetizam neoplasias primárias pouco diferenciadas da tireoide. O diagnóstico correto é essencial para orientação do doente e respetiva decisão terapêutica.

Moderadoras: Dra. Isabel Manita e Dra. Jacinta Santos

CO 06

### UMA TIROIDE PÉTREA...

Catarina Gama; Margarida Oliveira; Carolina Antunes; Paula Calvo; Leonor Lopes; Bernardo Marques; João Sequeira Duarte  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE/Hospital de S. Francisco Xavier

**Introdução:** As tiroidites constituem um grupo heterogêneo de patologias inflamatórias da tiroide. Os casos mais raros podem cursar com fibrose, nomeadamente a tiroidite de Riedel (TR) e a variante fibrótica da Tiroidite de Hashimoto (TH). A TR envolve a tiroide, estruturas adjacentes e outros órgãos e sistemas enquanto na variante fibrótica da TH, o processo fibrótico é menos extenso e não invade as estruturas adjacentes. **Caso clínico:** Reportamos o caso de um doente do sexo masculino de 74 anos, com história pessoal de hipotiroidismo medicado com levotiroxina 0,05mg/dia. Foi enviado à consulta de Endocrinologia por aumento progressivo do volume cervical nos últimos dez anos, sem sintomas compressivos associados. À palpação cervical verificou-se uma glândula tiroideia muito volumosa, pétrea, mas móvel à deglutição; não se palpavam nódulos ou adenomegalias laterocervicais. Analiticamente apresentava TSH 8,61  $\mu$ U/mL (0,27-4,2), T4 livre (T4L) 12,7  $\mu$ g/dL (12-22), anticorpos anti-peroxidase (TPO) >600 UI/mL (<35) e anti-tiroglobulina (ATG) 2030 UI/mL (<115), e níveis séricos de IgG4 normais. Ecograficamente apresentava uma glândula heterogênea, marcadamente hipocogénica, sem nódulos, com significativo desvio externo dos eixos vasculares jugulo-carotídeos bilateralmente e sem adenomegalias associadas. Realizou tomografia computadorizada cervical que descreveu uma glândula tiroideia aumentada de volume, sem desvio da traqueia, com sinais de fibrose extensa, mas sem sinais de fibrose extra-tiroideia. A citologia por agulha fina (CAAF) e a biópsia com agulha grossa foram compatíveis com tiroidite linfocítica, com faixas densas de fibrose. Após ajuste terapêutico da dose de levotiroxina, verificou-se diminuição ligeira do volume cervical e da consistência pétrea à palpação. Dada a ausência de sintomatologia relacionada com o volume tiroideu, optou-se por manter vigilância.

**Discussão:** Neste caso, a clínica de bócio pétreo à palpação, infiltrados linfocitários na CAAF e extensa fibrose na biópsia com agulha grossa são compatíveis com TR e variante fibrosante da TH. No entanto, o processo fibrótico encontra-se aparentemente limitado à tiroide e os níveis de IgG4 são normais, o que favorece o diagnóstico de TH.

A relevância deste caso clínico prende-se com o desafio diagnóstico e suas implicações, pois a TR associa-se habitualmente a sintomatologia compressiva significativa e fibrose extra-tiroideia, que poderá implicar terapêutica cirúrgica e médica dirigida, ao contrário da variante fibrosante da TH.

Moderadoras: Dra. Alexandra Vieira e Dra. Isabel Inácio

CO 07

### DOENÇA DE GRAVES COM SINTOMAS COMPRESSIVOS E RECORRÊNCIA APÓS CIRURGIA

Catarina Regala; Leonor Pinto; Tiago Nunes da Silva; Valeriano Leite  
IPO Lisboa

**Introdução:** A doença de Graves (DG) é a causa mais comum de hipertiroidismo nos países iodo-suficientes. Os sintomas compressivos, como disfagia e dispneia, são raros, embora, quando presentes, são indicação para realização de tireoidectomia total (TT). As opções terapêuticas na DG incluem fármacos antitiroideos, iodo radioativo e cirurgia, sendo a TT o tratamento com menor risco de recorrência. As principais causas de recorrência são a persistência de tecido tiroideu no leito da TT ou a presença de tecido tiroideu ectópico.

**Caso clínico:** Mulher, 57 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial (HTA) e tabagismo ativo, iniciou quadro de diminuição da força muscular, adinamia e agravamento da HTA, associado a aumento do volume cervical. Realizou ecografia cervical que revelou aumento da glândula tiroideia com vários nódulos hiperecogénicos e padrão hipervascular difuso, a condicionar ligeiro empurramento posterior da traqueia cervical. Analiticamente apresentava TSH <0.02  $\mu$ U/mL, T4L 6.68 ng/dL (0.9-1.7), T3 livre 32.2 pg/mL (2-4.4), anticorpos anti-TPO 1994 UI/mL, anticorpos anti-tiroglobulina 1344 UI/mL, TRAb >40 UI/L. Ao exame objetivo apresentava bócio difuso e oftalmopatia ligeira não ativa. Foi dada indicação para cessação tabágica e iniciar terapêutica com propranolol e metimazol, com titulação da dose até 20mg/dia. Após 9 meses de terapêutica desenvolveu sintomas compressivos (disfagia intermitente e dispneia em decúbito), associado a um aumento das dimensões da glândula (80x38x34 para 85x47x38mm lobo esquerdo e 82x37x38 para 92x43x36mm lobo direito), tendo iniciado prednisona 30mg/dia. Por manter agravamento sintomático, foi submetida a tireoidectomia total, após preparação com solução de lugol. No pós-operatório, iniciou levotiroxina 100 $\mu$ g mantendo, no entanto, TSH sempre indoseável, mesmo após redução progressiva da dose até 50 $\mu$ g, e TRAb 30-40 UI/L. Por suspeita de persistência de doença realizou cintigrafia tiroideia que revelou foco hipercaptante paramediano direito na transição cervico-mediastínica. A TC cervical confirmou a existência de tecido tiroideu remanescente em topografia pré-traqueal paramediana direita com 38x20x18 mm e em sede pré-hioideia com 6 mm. Realizou terapêutica com iodo radioativo 15 mCi, com posterior remissão do hipertiroidismo e evolução para hipotiroidismo.

**Conclusão:** Este caso apresenta uma doente que apesar do quadro clínico inicialmente fruste, evoluiu para um crescimento significativo da glândula tiroideia, condicionando sintomas compressivos importantes, que agravaram mesmo após início de corticoterapia. Perante esta clínica, a TT é a terapêutica de eleição. O risco de recorrência após TT é <1%, pelo que na persistência do hipertiroidismo após a cirurgia, deve ser suspeitada e investigada a presença de tecido tiroideu hiperfuncionante.

Moderadoras: Dra. Mariana Martinho e Dra. Isabel Manita

CO 08

### HIPERCALCÉMIA SEVERA PÓS-PARATIROIDECTOMIA: QUANDO O INESPERADO ACONTECE

Tânia Carvalho; Gustavo Rodrigues; Bárbara Araújo; Joana Saraiva; Mara Ventura; Sofia Gouveia; Dírcea Rodrigues; Cristina Ribeiro; Isabel Paiva  
Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** Hipercalcémia severa define-se como um cálcio sérico total >14mg/dL ou ionizado >10mg/dL. As causas mais frequentes são hiperparatiroidismo primário (hiperPT 1º) e neoplasias (90% dos casos). A intoxicação por vitamina D é uma causa extremamente rara. Neste trabalho relatamos um caso de hipercalcémia severa por suplementação excessiva de calcitriol, após paratiroidectomia por hiperPT 1º.

**Caso clínico:** Homem de 56 anos recorreu à urgência por vômitos, tremores, fraqueza generalizada e queixas de desequilíbrio com uma semana de evolução. Ao exame objetivo, apresentava ataxia do tronco e membros e reflexos osteotendinosos abolidos.

Tem antecedentes de MEN1 e hiperPT 1º com paratiróide inferior esquerda hipercaptante em cintigrafia, submetido a paratiroidectomia das glândulas inferiores direita e esquerda 6 semanas antes (histologia: hiperplasia). Após paratiroidectomia verificou-se queda progressiva da calcémia e PTH, com um nadir de PTH 0,3pg/ml e cálcio 6,0mg/dL ao 7º dia pós-operatório. 25(OH)vitamina D de 22ng/mL. Duas semanas depois, teve alta com Carbonato de cálcio + Colecalciferol 1500mg + 400U.I. 2cp 8/8h e Calcitriol 0,25 $\mu$ g 1cp 6/6h. No entanto, por má compreensão da posologia, o doente estaria a fazer 4cp de calcitriol de 6/6h. Na admissão, cálcio sérico total de 23,8mg/dL, albumina 4,4 g/dL,

creatinina 4,35mg/dL (basal 1,62), PTH <0,5pg/ml e 25(OH)vitamina D 42ng/mL. Fosfato e magnésio normais. Iniciou tratamento com fluídoterapia intensiva, furosemida, calcitonina e ácido zoledrónico. Ao 6º dia de internamento com calcémia de 10,1mg/dL. Manteve descida da calcémia até 6,6mg/dL ao 13º dia, sendo necessários cálcio ev e ajustes na suplementação oral. Na alta com função renal melhorada (creatinina 2,06mg/dL) e calcémia estabilizada (8,4mg/dL) sob Carbonato de cálcio + Colecalciferol 1500mg + 400U.I. 2+2+1+2cp e Alfacalcidol 1mcg 1+1cp. Conclusão: A hipótese de intoxicação por vitamina D deve ser colocada perante um quadro de hipercalcémia, PTH diminuída e ausência de suspeita de malignidade. O doente estaria a tomar 4ug de calcitriol diariamente, uma dose bastante superior à recomendada no tratamento do hipoparatiroidismo (0,5–1,0µg/dia). Este caso relembra-nos da necessidade de monitorizar regularmente a calcémia em doentes com hipoparatiroidismo pós cirúrgico e de garantir que os doentes compreendem o esquema terapêutico proposto.

*Moderadores:* Dra. Cláudia Freitas e Dr. André Carvalho

### CO 09

#### SUSPEITA DE CARCINOMA MEDULAR DA TIROIDE COM CALCITONINA NORMAL NUM DOENTE PEDIÁTRICO

Sara Gil Dos Santos; Raquel Calheiros; Isabel Inácio; Joana Oliveira; Pedro Souteiro; Ana Paula Santos; Isabel Torres  
Instituto Português de Oncologia do Porto

**Introdução:** Em idade pediátrica, o carcinoma medular da tiroide esporádico é raro, sendo, na grande maioria dos casos, hereditário e associado a mutações do gene RET. O tratamento é cirúrgico, sempre que possível, e a extensão da cirurgia é determinada, entre outros fatores, pelos achados ecográficos e valores de calcitonina pré-operatórios.

**Caso clínico:** Doente de 14 anos, com antecedentes de rinite alérgica. Aquando do estudo de um episódio de síncope, realizou um MAPA, com evidência de tensão arterial elevada, e uma ecografia cervical, com descrição de vários nódulos infracentimétricos bilateralmente, e à direita um nódulo de 1 cm com características suspeitas (EU-TIRADS 5). Foi realizada biópsia aspirativa do nódulo, que revelou suspeita de carcinoma medular, tendo sido referenciado ao IPO do Porto. O doente apresentava-se assintomático; sem antecedentes familiares de carcinoma medular da tiroide, ou qualquer síndrome associada. Analiticamente apresentava valores de calcitonina normais. Feocromocitoma e hiperparatiroidismo primário foram excluídos bioquimicamente e o doente foi proposto para tireoidectomia total com esvaziamento cervical central profilático, estando a aguardar o resultado histológico. O estudo genético solicitado foi negativo para mutações germinativas patogénicas do gene RET. **Conclusão:** O carcinoma medular da tiroide com valores de calcitonina normais é extremamente raro. Nos doentes com diagnóstico de carcinoma medular da tiroide sem evidência de metastização ganglionar cervical, o valor de calcitonina é importante para determinar a extensão da cirurgia. Neste caso, os valores de calcitonina normais não auxiliaram nessa decisão, optando-se pela realização de esvaziamento cervical central profilático. A ausência de deteção de uma mutação germinativa patogénica no gene RET não exclui a presença de uma síndrome familiar associada, que, num doente pediátrico, seria a situação mais provável.

*Moderadoras:* Dra. Raquel Martins e Dra. Isabel Manita

### CO 10

#### HIPOTIROIDISMO E GRAVIDEZ: OUTCOMES OBSTÉTRICOS E NEONATAIS

Fernanda Cristina Alves; Beatriz Ferreira; Francisca Almeida; Ana Margarida Balsa; José Eira; Ana Moreira; Osvaldo Moutinho  
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Introdução:** A disfunção tiroideia é a segunda causa mais comum de disfunção endócrina na gravidez.

Durante a gestação há tipicamente um aumento das necessidades de hormona tiroideia associada a uma maior excreção renal de iodo. Além disso, também o feto vai depender totalmente das hormonas tiroideias maternas durante a 1ª metade da gravidez.

**Objetivos:** Estudo descritivo das características clínicas e desfechos maternos e neonatais de grávidas com um diagnóstico de hipotiroidismo (prévio à gravidez ou com um diagnóstico inicial durante a gestação).

**Material e métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo no qual foram colhidos os dados relativos a grávidas com um diagnóstico de hipotiroidismo cujo parto ocorreu no nosso centro no decurso do ano de 2021. Foram obtidos dados relativos à demografia, presença de auto-anticorpos, bem como de outras patologias endócrinas associadas, introdução ou não de terapêutica e a idade gestacional (IG) em que o início ocorreu, nível de TSH ao diagnóstico/primeiro doseamento efetuado na gravidez, bem como complicações maternas e do RN.

Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos eletrónicos das utentes e a análise estatística foi efetuada com recurso ao SPSS® – versão 27 para Windows.

**Resultados e conclusões:** Cerca de 6.1% das grávidas com parto na nossa instituição durante o ano de 2021 apresentavam um diagnóstico de hipotiroidismo: 68.8% com um diagnóstico prévio à gravidez (6.3% pós-cirúrgico, 25% por tiroidite autoimune e 14.1% por bócio multinodular), tendo os restantes 31.2% sido diagnosticados no decurso da gestação.

A idade média do total de grávidas incluídas na amostra foi de 32.69 anos (DP = 5.08) e o seu índice de massa corporal (IMC) médio de 28.65 Kg/m<sup>2</sup> (DP = 6.59). 10.9% destas grávidas foram igualmente diagnosticadas com diabetes gestacional (DG).

Os anticorpos anti-tiroideus foram positivos em 43.8% de todos os casos de hipotiroidismo diagnosticados.

O valor médio de TSH ao diagnóstico ou no primeiro doseamento efetuado na gravidez foi de 4.88 mU/L (DP = 4.55). A maioria das situações (65.6%) necessitou de introdução de terapêutica com levotiroxina, com uma média de IG do seu início pelas 17 semanas e 5 dias.

Relativamente aos *outcomes* obstétricos, 4.7% das gravidezes foram complicadas por HTA gestacional e 6.3% resultaram num parto pré-termo tardio.

3.1% dos RN nascidos de mães com um diagnóstico de hipotiroidismo eram considerados leves para a IG (relativamente ao peso ao nascimento). Há registo de dois casos de crianças que vêm a ser acompanhadas na consulta de Pediatria do nosso centro hospitalar por atraso no desenvolvimento, nomeadamente no que diz respeito à linguagem.

A disfunção tiroideia na gravidez pode associar-se a um aumento do risco de eventos obstétricos e perinatais adversos, sendo o seu rastreio de importância primordial, principalmente numa área carente de iodo como a que é abrangida pelo nosso centro.



# REUNIÃO DE PRIMAVERA DO GRUPO DE ESTUDO DA TIROIDE

## POSTERS

PO 01

### BÓCIO GIGANTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Frazão; Rita Miranda Pera; Filipe Ramalho Almeida; Rita Vale Martins;  
Clara Rocha; Rosa Matias; Paulo Soares Mira  
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

**Introdução:** O bócio corresponde a uma glândula tiroideia de dimensões aumentadas, considerando-se um bócio gigante quando esta tem mais de 10 cm de maior dimensão. O crescimento da glândula pode ocorrer em qualquer uma das direções, podendo dar sintomas de predomínio compressivo, tais como disfagia, dispneia ou disфонia.

**Caso clínico:** Mulher de 40 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, já teria uma tumefação cervical há cerca de 15 anos, mas atualmente com mais sintomas associados: disфонia e sensação de aperto cervical na posição de decúbito. Analiticamente, tinha a função tiroideia normal. Realizou exames de imagem, que demonstraram uma glândula tiroideia heterogênea, multinodular, com componente mergulhante no mediastino. O lobo direito da glândula tiroideia apresentava 11x5cm. Realizou CAFF, que revelou tratar-se de um nódulo colóide. Deste modo, foi colocada indicação cirúrgica, e a doente foi submetida a tiroidectomia total, que decorreu sem intercorrências. No pós-operatório, destaca-se uma hipocalcemia transitória, com reversão, sem outras intercorrências. O resultado histológico revelou uma peça com 315 gramas, com hiperplasia multinodular do epitélio folicular, sem tecido de neoplasia. Atualmente, seguida em consulta com boa evolução.

**Conclusão:** O tratamento cirúrgico de um bócio gigante é muito desafiante em termos técnicos e anestésicos, sendo os riscos associados a estes casos mais elevados. É muito importante o estudo imagiológico pré-operatório, de forma a poder antever todas as possíveis dificuldades e a envolver outras especialidades conforme as necessidades, de modo a se obter a melhor abordagem do doente.

PO 02

### DA GONALGIA AO NÓDULO TIROIDEU

Márcia Fonseca; Andreia Filipe; Manuela Passos  
Unidade de Saúde Familiar de Santa Maria – Tomar

**Introdução:** A adenopatia é um achado clínico comum nos cuidados de saúde primários e possui uma ampla variedade de causas, tipicamente benignas e autolimitadas, mas pode ser indicativa da existência de malignidade. A sua caracterização e localização auxiliam a marcha diagnóstica sendo essencial a avaliação e o estudo dirigidos nos casos de elevada suspeição clínica. A patologia nodular da tiróide é, na maioria dos casos, assintomática e, habitualmente, um achado incidental. Na presença de adenopatia cervical e/ou axilar, a neoplasia tiroideia deve fazer parte do diagnóstico diferencial.

**Caso clínico:** Mulher, 47 anos, com antecedentes de depressão e dislipidemia, recorre a consulta por gonalgia e no final da consulta pede observação de massa cervical anterior à esquerda. À observação apresentava lesão nodular com cerca de 1cm, contornos regulares, móvel e dolorosa à palpação. Ecografia cervical revelou formação compatível com gânglio hipocogénico, provavelmente reativo e com cerca de 11.5mm no escavado supraclavicular esquerdo, sugerindo avaliação adicional. A TC do pescoço demonstrou calcificação milimétrica no ist-

mo da tiróide, elementos ganglionares jugulo-carotídeos e formações ganglionares na região supraclavicular esquerda, a maior com cerca de 11x5mm. A TC toraco-abdominal não revelou alterações e analiticamente apresentava apenas ligeira linfocitose e discreto aumento da proteína C reativa. A ecografia tiroideia identificou formação nodular hipocogénica, com pequena calcificação na região ístmica, medindo cerca de 11mm. Foi referenciada para os cuidados de saúde secundários, onde efetuou punção aspirativa do nódulo cuja histologia revelou atipia/lesão folicular de significado indeterminado.

**Conclusão:** O médico de família é muitas vezes o primeiro contacto do utente com os cuidados de saúde e lida com a doença numa fase inicial e ainda inespecífica, avaliando sintomas indiferenciados e achados incidentais. Na abordagem da patologia nodular da tiróide, detetada em cerca de 60% dos adultos, a realização de citologia aspirativa por agulha fina baseia-se na presença de risco clínico aumentado e critérios ecográficos suspeitos. A atipia/lesão folicular de significado indeterminado (categoria III Bethesda) engloba células cuja arquitetura e/ou atipia nuclear não são suficientes para serem classificadas como suspeitas ou malignas. Recomenda-se que o seguimento destes doentes seja individualizado e discutido em equipa multidisciplinar.

PO 03

### TIREOTOXICOSE – UM CASO DE DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Leonor Pinto; Catarina Regala; Margarida Silva Vieira; Valeriano Leite  
IPO de Lisboa

**Introdução:** O hipertiroidismo exógeno é causado pela ingestão excessiva de hormonas tiroideias – levotiroxina (T4) e/ou lioironina (T3). Quando intencional designa-se, tireotoxicose factícia e as manifestações clínicas são semelhantes às observadas no hipertiroidismo de outras causas. Laboratorialmente caracteriza-se por níveis reduzidos de hormona tireoestimulante (TSH) e tiroglobulina (Tg), níveis elevados de tiroxina livre (T4L) e/ou tri-iodotironina (T3), dependendo da hormona ingerida, e cintigrafia negativa. O tratamento passa pela redução/ suspensão do fármaco que leva a um decaimento da T4 sérica de 50% em 7 dias.

**Caso clínico:** Doente de 63 anos, sexo feminino. Seguida em consulta de oncologia tiroideia no IPO de Lisboa por carcinoma papilar da tiróide (pT2pN1aM0), tendo realizado tiroidectomia total em 09/07/2015 e terapêutica com 131Iodo em agosto de 2015, encontrando-se sem evidência de doença e medicada com levotiroxina 100ug/dia, 6 dias na semana. Internada noutra instituição hospitalar, de 26/10/2018 a 29/10/2018 por taquicardia supraventricular, tendo-lhe sido dada indicação para suspender a levotiroxina. Em análises realizadas a 06/11/2018, apresentava TSH <0.02uUI/mL, T3 82ng/dl; anticorpos anti-tiroglobulina <280UI/mL e Tg <0.2ng/mL. Repetiu avaliação analítica 1 mês depois, mantendo tireotoxicose - T4L 3.75ng/dl e TSH <0.02uUI/mL, embora referisse ter suspenso a levotiroxina há quase dois meses e tivessem sido excluídas causas orgânicas de tireotoxicose. Em dezembro de 2018 foi internada para esclarecimento do quadro. Durante este internamento, apresentou valores persistentemente elevados de T4L (4.19ng/dL - 5.45ng/dL) e TSH sempre suprimida, compatíveis com toma exógena da hormona. Por manutenção do quadro, com novo episódio de taquicardia supraventricular, com necessidade de cardioversão elétrica no dia 07/01/2019, foi novamente internada a 11/01/2019. Du-

rante este internamento manteve-se em vigilância 24 horas/ dia, sem visitas e apenas na posse de alguns utensílios pessoais. Na avaliação analítica no 1º dia de internamento, apresentava T4L 2.15ng/dL, T3L 1.60ng/mL, T4 11.4ug/dL, T3 62ng/dL, Tg <0.2ng/dL e iodo urinário 100-300 ug/L, tendo-se observado descida progressiva da T4L, com normalização ao 5º dia de internamento (T4L 1.22ng/dL).

**Conclusão:** Perante um quadro laboratorial de hipertiroidismo com Tg suprimida a causa factícia é a hipótese diagnóstica mais provável, mas as causas orgânicas devem ser excluídas. Este caso ilustra a importância da honestidade na relação médico-doente de forma a que o doente não prejudique a sua própria saúde.

#### PO 04

### CARCINOMA MEDULAR DA TIROIDE METASTIZADO – PRIMUM NON NOCERE

Francisca de Brito Marques<sup>1</sup>; Vítor Valente<sup>2</sup>; Ana Paula Marques<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Pedro Hispano; <sup>2</sup>Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE/Hospital Pedro Hispano

**Introdução:** Na abordagem do carcinoma medular da tiróide (CMT) recorrente ou metastático a cirurgia é fundamental. A maioria dos CMT associa-se a mutações do RET. Cerca de 30% dos casos são hereditários e associam-se a mutações germinativas desse gene, enquanto aproximadamente 50% das formas esporádicas apresentam mutações somáticas. Apesar do avanço dos fármacos de alvo molecular no tratamento de doença localmente avançada ou metastática em progressão, em certos casos de doença indolente lentamente progressiva a cirurgia e vigilância ativa podem ser a melhor opção.

**Caso clínico:** Mulher de 49 anos com carcinoma medular da tiróide diagnosticado aos 31 anos (2004) em PAAF de nódulo de 2 cm. Efetuou tiroidectomia total e esvaziamento ganglionar central e lateral bilateral. A histologia revelou dois nódulos (de 2 e 1 cm), invasão extratiroideia e metástases ganglionares laterais (à esquerda 3 gânglios positivos em 8 e à direita 11 em 14). O estudo da mutação germinal do RET foi negativo. Após a cirurgia manteve calcitonina elevada (900 pg/mL) e o estadiamento revelou micrometástase pulmonar.

Após 5 anos de estabilidade, verificou-se progressão bioquímica (calcitonina 5232 pg/mL e CEA 70 ng/mL) e documentou-se doença ganglionar pericentimétrica cervical, supraclavicular e mediastínica, pelo que fez novo esvaziamento cervical bilateral e após dois anos realizou esvaziamento supraclavicular e mediastínico. Quatro anos depois surgiram micronódulos pulmonares de novo. Tem-se verificado progressão estrutural discreta e lenta da doença ganglionar cervical e mediastínica e micropulmonar, bem como dos marcadores bioquímicos, que se mantêm relativamente estáveis (calcitonina 3000-4000 pg/mL e CEA 80-90 ng/mL).

**Conclusão:** Descrevemos um caso de CMT metastizado desde o diagnóstico e com 19 anos de evolução, no qual a cirurgia, associada a uma vigilância ativa, tem sido a principal arma terapêutica.

Muitos doentes com metastização à distância são assintomáticos. A monitorização do tempo de duplicação bioquímica é relevante para o prognóstico, e o controlo imagiológico morfológico e funcional é importante para avaliar a progressão e/ou localização em áreas “chave” com potenciais complicações. A decisão de iniciar terapêuticas alvo pode ser difícil, pois a sua toxicidade não é negligenciável, devendo ser bem ponderado o risco/benefício.

#### PO 05

### TAC-4D NO HIPERPARATIROIDISMO

Henriques F.L.; Quítalo A.; Franco S.; Cordeiro M.; Raimundo L.  
Hospital Garcia de Orta

**Introdução:** O Hiperparatiroidismo (PTH) é caracterizado por concentrações de hormona paratiroide (HPT) aumentada ou dentro do valor de referência, mas inapropriadamente normal dada a hipercalcémia do doente. A cirurgia é a única opção de tratamento curativo, e torna-se essencial identificar as glândulas paratiróides no período pré-operató-

rio, com vista a uma abordagem minimamente invasiva. Desta forma, a negatividade nos estudos de localização (Ecografia cervical, cintigrafia sestamibi e Estudo SPECT/CT) requerem imagens mais precisas para diminuir a probabilidade de exploração cervical bilateral ou reintervenção. **Objectivos:** Demonstrar a sensibilidade da tomografia computadorizada (TAC) 4D no HPT; Verificar se existe aumento da acuidade diagnóstica com a TAC-4D; Verificar se existe uma correlação entre o PTH pré-operatório versus o tamanho da lesão identificada determinado na TAC 4D; Estudar o comportamento das lesões das paratiróides com contraste intravenoso (IV).

**Materiais e métodos:** No serviço de Endocrinologia do Hospital Garcia de Orta, entre 2022 e 2023, um total de 6 pacientes realizaram TAC 4D pré-operatório para melhor caracterização do HPT. Foi realizado um estudo séries de casos. Para determinar a correlação entre o PTH pré-operatório e o tamanho da lesão, utilizou-se o modelo de regressão linear. Como limitação do trabalho temos o número reduzido de doentes, que na maioria dos casos ainda não foi submetido a cirurgia, não se tendo desta forma confirmado a lesão histológica de adenoma/hiperplasia glandular. **Resultados:** Dos 6 pacientes que foram submetidos a TAC 4D, 1 fez cirurgia, com documentação histológica de lesão. Das 6 TAC-4D realizadas em doentes com suspeita de lesões paratiroideias, 3 apresentaram lesão identificada na TAC-4D e na cintigrafia com SPECT, mas não na ecografia; e 2 apresentaram também lesão na TAC-4D sem lesão na ecografia, e com resultado duvidoso na cintigrafia com SPECT. Apenas 1 não demonstrou lesão na TAC-4D. Desta forma a TAC-4D estabeleceu uma sensibilidade diagnóstica de 83.3%. Não se verificou uma correlação entre o PTH pré-operatório e o tamanho máximo da lesão na TAC-4D. (p=.065).

As lesões paratiroideias mostraram características altamente sugestivas de lesão, nomeadamente aumento da captação de contraste na fase arterial e washout tardio na fase venosa.

**Conclusão:** A TAC-4D é um método de estudo anatómico e funcional com alta sensibilidade no HPT quando os estudos de primeira linha são negativos ou duvidosos. Os resultados demonstraram um aumento da sensibilidade de diagnóstico de lesão paratiroideia de 83.3% face à ecografia, e de 33.3% face à cintigrafia com SPECT. O PTH pré-operatório não demonstrou uma correlação com o tamanho máximo da lesão na TAC-4D. As lesões paratiróides comportam-se de forma altamente sugestiva, sendo realçadas pelo contraste intravenoso na fase precoce.