REUNIÃO DE PRIMAVERA

GRUPO DE ESTUDO DA TIROIDE

24 de maio de 2024
SANA Silver Coast Hotel
Caldas da Rainha

PROGRAMA

Aceder ao programa com resumos

Organização

Grupo de Estudo da Tiróide

SPEDM
SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA DIABETES E METABOLISMO

Apoios

BAYER

Eisai

MERCK

Pharma Nord

Secretariado

ad médic
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

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

PROGRAMA

09:00h Abertura do Secretariado

09:50-10:45h **NOVA CLASSIFICAÇÃO DE BETHESDA**
Moderadores: Paula Soares, Teresa Martins e Valeriano Leite

09:50-10:10h **Classificação de Bethesda**
António Alves

10:10-10:30h **Conhecimentos indispensáveis à avaliação citológica**
Ricardo Fonseca

10:30-10:45h **Papel da biologia molecular na abordagem das citologias indeterminada**
Paula Borralho

10:45-11:00h **Discussão**

11:00-11:30h Coffee break

11:30-12:30h **TIROIDE NA ERA DO *ANTI-AGING***
Moderadores: Maria João Oliveira, Miguel Melo e Catarina Saraiva

11:30-11:45h **O papel da dieta na disfunção tiroideia**
Mara Ventura

11:45-12:00h **Tiroide e selénio**
Inês Veiga

12:00-12:15h **Revisitação da terapêutica com T3**
André Carvalho

12:15-12:30h **Discussão**

12:30-13:00h **CONFERÊNCIA**
ONTRK NO CANCRO DA TIROIDE
Tiago Silva

Patrocínio

13:00-14:30h Almoço

14:30-15:30h **CRITÉRIOS DE ALTA DA CONSULTA DE ONCOLOGIA**
Moderadores: Elisabete Rodrigues, Ana Gonçalves Ferreira e Tiago Silva
Palestrantes: Susana Garrido e Renata Barbosa

15:15-15:30h **Discussão**

15:30-16:30h **COMUNICAÇÕES ORAIS**

Comunicação 1
Moderadoras: Cristina Ribeiro e Catarina Matos

Comunicação 2
Moderadoras: Isabel Manita e Joana Saraiva

Comunicação 3
Moderadoras: Jacinta Santos e Isabel Manita

Comunicação 4
Moderadoras: Alexandra Vieira e Isabel Inácio

Comunicação 5
Moderadores: Clara Cunha e Gustavo Rocha

Comunicação 6
Moderadores: David Barbosa e Ricardo Capitão

Comunicação 7
Moderadoras: Maria Manuel Costa e Rute Ferreira

Comunicação 8
Moderadores: Joana Maciel e João Roque

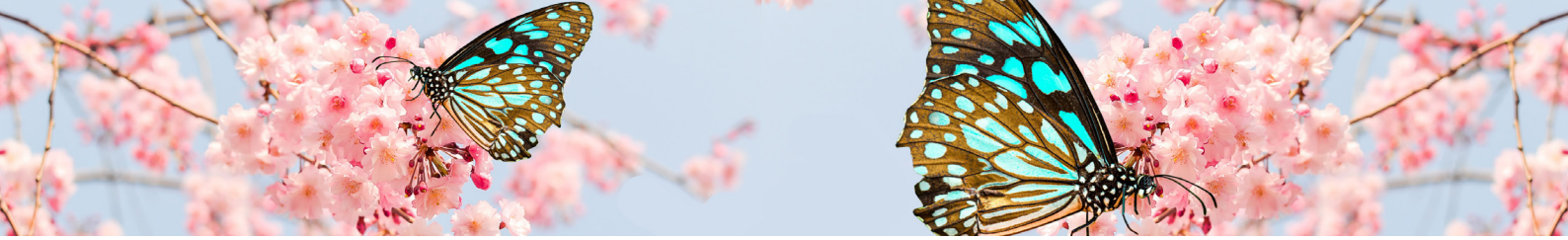
Comunicação 9
Moderadores: Isabel Manita e Tiago Silva

Comunicação 10
Moderadores: Isabel Manita e Tiago Silva

Comunicação 11
Moderadores: Isabel Manita e Tiago Silva

Comunicação 12
Moderadores: Isabel Manita e Tiago Silva

16:30h **SESSÃO DE ENCERRAMENTO**



REUNIÃO DE PRIMAVERA DO GRUPO DE ESTUDO DA TIROIDE

COMUNICAÇÕES ORAIS | 15:30-16:30h

Moderadoras: Cristina Ribeiro e Catarina Matos

CO 01

DOENÇA DE GRAVES APÓS TERAPÊUTICA DE RECONSTITUIÇÃO IMUNE COM ALEMTUZUMAB

Catarina Cidade Rodrigues; Bruna Silva; Catarina Pereira; Filipe Cunha; Carla Fraga; Margarida Almeida
Centro Hospitalar do Tamega e Sousa

Introdução: A terapêutica de reconstituição imune (TRI) é um conceito emergente no tratamento da esclerose múltipla, com o objetivo de eliminar um repertório imune patogénico através de uma imunossupressão de curto termo e depois reconstruir um novo sistema imunitário, restabelecendo uma tolerância imune persistente. A tiróide é o órgão mais frequentemente afetado por este tipo de terapêutica (17-34% dos doentes), sendo a doença de Graves a principal causa de disfunção tiroideia. Apresentamos um caso de um doente com doença de Graves após tratamento com alemtuzumab por esclerose múltipla.
Caso clínico: Homem, 56 anos. Referenciado à consulta de Endocrinologia por hipertiroidismo subclínico incidental. Antecedentes de esclerose múltipla diagnosticada em 2016, previamente tratado com 2 ciclos de alemtuzumab em 2017. Fumador ativo e consumo alcoólico diário (48 g por dia). Sem medicação habitual. Sem história familiar de patologia tiroideia. Clinicamente, sem sintomas sugestivos de tirotoxicose, sintomas compressivos ou oculares. Sem uso de corticoterapia ou exposição a contrastes iodados. Objetivamente: fácies incaracterístico, IMC 21.8kg/m2, tiróide palpável, sem nódulos identificáveis, sopros ou frémitos. TA 114/69mmHg, FC 63 bpm. Auscultação cardiopulmonar sem alterações. Pulso rítmico e regular. Sem edema periférico. Sem tremor fino das mãos ou alterações ungueais. Sem alterações oculares. Analiticamente: Hb 14.8 g/dL, neutrófilos 3.80x10^3/L, creatinina 0.67 mg/dL, TGO 27UI/L, TGP 17 UI/L, GGT 26 UI/L, fosfatase alcalina 65 UI/L, TSH < 0.01 uUI/mL, T3L 3.70 pg/mL (2.5-4.4), T4L 0.90 ng/dL (0.54-1.24), TRAbs 3.90 UI/L(positivos). Ecografia tiroideia: normal morfologia e dimensões. Ecoestrutura heterogénea, com esboço de pequenas áreas nodulariformes hipoecogéneas, infracentimétricas. Ausência de adenomegalias cervicais anteriores. Não foi iniciado nenhum tratamento, decidindo-se manter vigilância. Analiticamente (6 meses após): TSH 1.20 uUI/mL, T4L 0.65 ng/dL, T3L 3.70 pg/mL, TRAbs 3.30 UI/L(duvidosos). Manteve-se assintomático e sob vigilância.
Discussão e conclusões: A disfunção tiroideia, nomeadamente a doença de Graves, associada à TRI é uma alteração frequente. Neste caso, o doente apresentou um hipertiroidismo subclínico não evolutivo até à data, sendo, contudo, necessário uma vigilância a longo prazo, dado alguns doentes apresentarem flutuações analíticas importantes, podendo por vezes existir uma alternância entre atividade estimulatória e inibitória dos TRAbs.

Moderadoras: Isabel Manita e Joana Saraiva

CO 02

LIDANDO COM O INESPERADO: O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE GRAVES NA GRAVIDEZ

Leonor Rodrigues; Teresa Azevedo; Márcia Alves; Joana Guimarães
ULS Região de Aveiro

A disfunção tiroideia é a segunda causa mais comum de patologia endócrina durante a gravidez. Apesar disso, a incidência de hipertiroidismo é rara (0,1 a 0,4%), sendo a doença de Graves responsável por 85% destes casos, afetando apenas 0,2% de todas as gravidezes.
Mulher de 28 anos de idade, grávida, enviada a consulta de endocrinologia por TSH baixa no primeiro trimestre. Sem antecedentes pessoais de relevo, sem patologias prévias e sem medicação habitual. Apresentava às 9 semanas de gestação, TSH <0,1 mU/L (0,35 – 4,94), T4L 2,7 ng/dL (0,7 – 1,48), Ac anti-TG 240,19 (N < 4,11), Ac anti-TPO 114,66 (N <5,61) e ecografia tiroideia com alterações compatíveis com tiroidite. Sem qualquer sintomatologia associada. Ao exame físico, sem exoftalmia, normotensa, normocárdica, tiróide palpável, mas dimensões não aumentadas. Repetiu estudo analítico às 10 semanas de gestação: TSH <0,01 mU/L, T4L 4,03 ng/dL, T3L 16,8 ng/dL, Ac anti receptor TSH (TRab) 11,0 UI/L (N<2,9). Iniciou tratamento com propiltiouracilo 50mg, 3 vezes por dia. Às 15 semanas de gestação: TSH 0,03 mU/L, T4L 0,50 ng/dL, T3L 2,0 ng/dL, pelo que se suspendeu antitiroideu. Manteve seguimento clínico e analítico, mas sem necessidade de introdução de novo de medicação. Às 29 semanas: TRab 2,6 UI/L, TSH 0,32 mU/L, T4L 0,88 ng/dL, T3L 2,6 ng/dL. Na primeira consulta pós-parto, em eutiroidia e assintomática. Apesar do diagnóstico da doença de Graves na gravidez ser bastante raro e o tratamento não ser totalmente inócuo, é fundamental reconhecer, diagnosticar e tratar precocemente, de modo a reduzir o risco de complicações maternas, fetais e neonatais.

Moderadoras: Jacinta Santos e Isabel Manita

CO 03

UM CASO RARO DE VASCULITE

Francisca Leitão; Ana Bispo Leão; Alice Alicerces; Mariana Fernandes; Marta Almeida; Catarina Santos; Ana Quítalo; Ana Gonçalves Ferreira; Tiago Judas; Maria Carlos Cordeiro; Luísa Raimundo
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A vasculite positiva para anticorpos citoplasmáticos antineutrófilos (ANCA) foi reportada em associação com a utilização de propiltiouracil (PTU). Apesar da possível associação entre o metimazol (MB) e a vasculite ANCA-positiva, o número de casos é demasiado pequeno para se estabelecer uma relação causa-efeito. Numa revisão de estudos de doentes com vasculite ANCA-positiva induzida por tionamida, os ANCA estavam presentes em 4 a 64% dos doentes medicados com PTU e em 0 a 16% dos medicados com MB. No entanto, apenas cerca de 15% dos doentes ANCA-positivos desenvolveram evidência clínica de vasculite.
Caso clínico: Homem de 56 anos, com antecedentes pessoais de insu-

ficiência cardíaca e fibrilhação auricular, internado no serviço de Medicina por lesões bolhosas hemorrágicas nas pernas, com eritema, dor intensa com compromisso da marcha e prurido associados, com 3 dias de evolução. A referir diagnóstico de doença de Graves cerca de 1 ano antes, medicado inicialmente com tiamazol 45mg/dia, com cumprimento irregular da terapêutica. Aquando da admissão hospitalar, sob 15mg/dia (redução feita pelo próprio). Ao exame objetivo, confirmaram-se as bolhas hemorrágicas associadas a lesões purpúricas no terço distal das pernas e pés, assim como importantes sinais de artrite das articulações metacárpico falângicas de ambas as mãos e punhos. Analiticamente a destacar leucocitose com neutrofilia, elevação da proteína C reactiva e da velocidade de sedimentação, títulos muito elevados de factor reumatoide e anti-CCP, e pANCA positivos. Admitiu-se o diagnóstico de artrite reumatóide e concomitante provável vasculite, confirmada por biópsia das lesões que mostrou tratar-se de vasculite leucocitoclástica, com estudo por imunofluorescência directa (fibrina, IgG, IgA e complemento) negativo. Assim, assumiu-se como etiologia mais provável para a vasculite a terapêutica com MB, pelo que esta foi suspensa, com realização subsequente de tratamento com I131. Verificou-se resolução da tirotoxicose e as pANCA negativaram 2 meses após a suspensão do MB. As lesões nas pernas evoluíram favoravelmente, com melhoria clínica significativa, apesar de algumas lesões terem evoluído com destacamento e ulceração. O doente veio a desenvolver quadro séptico a Staphylococcus aureus complicado por endocardite infeciosa da válvula aórtica, condicionando insuficiência aórtica grave. Iniciou antibioterapia dirigida e foi submetido a cirurgia de substituição valvular, tendo falecido no pós-cirúrgico por quadro de choque misto (séptico e cardiogénico) refratário.
Conclusão: A vasculite é um efeito adverso raro, mas não deve ser esquecido. Em decorrência da sua potencial gravidade, torna-se fundamental o diagnóstico precoce e a escolha de uma alternativa terapêutica para evolução favorável do quadro.

Moderadoras: Alexandra Vieira e Isabel Inácio

CO 04

PARESIA DA CORDA VOCAL SECUNDÁRIA A TERAPÊUTICA COM 131-IODO

Catarina Gama; Margarida Oliveira; Bruna Pimentel; Carolina Antunes; Paula Calvo; Leonor Lopes; Kaamil Gani; Bernardo Marques; João Sequeira Duarte
Hospital Egas Moniz

Introdução: O adenoma tóxico é uma das principais causas de hipertiroidismo, resultante de um nódulo tiroideu hiperfuncionante. O objetivo do tratamento é o controlo definitivo do hipertiroidismo, sendo a terapêutica com Iodo radioativo (TIR) uma das opções.
Embora a relação entre a tiroide e o nervo laríngeo recorrente seja amplamente conhecida, os casos descritos na literatura de lesões nas cordas vocais (CV) ou do nervo laríngeo recorrente após TIR são muito raros.
Caso clínico: Reportamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 54 anos, com história pessoal de asma e osteoporose. Foi enviada à consulta de Endocrinologia por hipertiroidismo [TSH < 0,013 µU/mL (0,27-4,2), T3L 7,19 pmol/L (3,1-6,8), T4L 13,2 pmol/L (12-22), anticorpos anti-peroxidase, anti-tiroglobulina e TRAbs negativos], diagnosticado em avaliação analítica pedida por queixas de cansaço, irritabilidade, palpitações e intolerância ao calor. Ecograficamente observava-se "presença de nódulo misto no lobo esquerdo, isoecogénico, com 32,6 x 7,5 x 16,5 mm, com bordos regulares e focos hiperecogénicos indeterminados.". Foi realizada cintigrafia tiroideia com Iodo123, que revelou "adenoma tóxico no lobo esquerdo da tiroide, com supressão funcional do restante tecido extranodular".
A doente realizou terapêutica com 131Iodo (15 mCi) e após dez dias, iniciou quadro de rouquidão, disfonia e disfagia para líquidos. Foi observada no serviço de urgência de Otorrinolaringologia (ORL), onde foi objetivada paresia da CV esquerda. Realizou posteriormente tomografia computorizada cervical que evidenciou medialização da corda vocal esquerda, configurando o sinal da "vela", com dilatação ipsilateral do ventrículo laríngeo e secundária do seio piriforme ipsilateral, traduzindo sinais indiretos de paresia da CV. Um mês após tratamento, a doente encontrava-se em hipotiroidismo, com TSH 5,64 µU/mL, T3L 4,47 pmol/L, T4L 9,46 pmol/L, tendo iniciado levotiroxina 0,025mg/dia.
Verificou-se melhoria progressiva das queixas de rouquidão e em consulta de reavaliação de ORL, quatro meses após a terapêutica, foi realizada nasofibrolaringoscopia que comprovou resolução da paresia da CV esquerda.
Conclusão: A paresia das CV como complicação da TIR é extremamente rara. Em casos descritos anteriormente, verificou-se prevalência de paresia da CV direita nos casos unilaterais, sugerindo uma predisposição anatómica, o que não se verificou neste caso clínico. Ao contrário dos restantes casos, nos quais houve aparente recuperação da voz apesar da persistência da paresia das CV, neste caso observamos uma recuperação da paresia previamente reportada.

Moderadores: Clara Cunha e Gustavo Rocha

CO 05

FATORES PREDITIVOS DA FALÊNCIA DO TRATAMENTO COM IODO RADIOATIVO NOS DOENTES COM DOENÇA DE GRAVES

Andreia Pataco[1]; Rute Ferreira[2]; Inês Mendes[1]; Bruna Pimentel[2]; Margarida Oliveira[2]; Catarina Gama[2]; Paula Calvo[2]; Carolina Antunes[2]; Leonor Lopes[2]; José Carvalho[3]; Sequeira Duarte[2]
[1]Hospital Divino Espirito Santo de Ponta Delgada; [2]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; [3]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz

Introdução: O iodo radioativo constitui uma das opções terapêuticas na Doença de Graves. No entanto, a persistência ou recorrência do hipertiroidismo depois do tratamento com iodo radioativo é comum. Nestes casos é necessário realizar um tratamento adicional ou tiroidectomia total.
Objetivos: Identificar possíveis fatores preditivos da falência do tratamento com iodo radioativo nos doentes com Doença de Graves.
Material e métodos: Os autores realizaram um estudo retrospetivo observacional em que foram avaliados os doentes com Doença de Graves submetidos a tratamento com iodo radioativo, no período entre outubro de 2018 e janeiro de 2023. A falência do tratamento foi definida como a persistência ou recidiva do hipertiroidismo após o tratamento. A análise estatística dos dados foi realizada no software KNIME *Analytics Platform®* versão 5.2.1 para Windows. Todas as variáveis não seguem uma distribuição normal. Para comparação de medianas entre duas amostras independentes com distribuição não normal foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para comparar duas variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-quadrado. Considerou-se a probabilidade de significância (p) de 5%.
Resultados e conclusões: Um total de 38 doentes foram elegíveis para o estudo. A maioria eram do sexo feminino (n=27, 71%) e a idade mediana foi de 52,5 anos com um intervalo de 42,3 a 61,5 anos.
Todos os doentes foram tratados com anti tiroideus de síntese antes do tratamento com iodo radioativo e a duração mediana do tratamento foi de 36 meses. A falência do tratamento com iodo ocorreu em 26,3% dos doentes (n=10).
Foram testadas as seguintes variáveis: valores de anticorpos anti-recetores de TSH (TRAbs) e T4L aquando do diagnóstico e antes do tratamento com iodo radioativo, volume da tiroide pré-iodo, período desde o diagnóstico até ao tratamento e a dose de radiação aplicada.
Os doentes com falência do tratamento com iodo apresentaram níveis de TRAbs ao diagnóstico significativamente superiores aos doentes com remissão da doença (29,5 U/L [14,9-49,2] *vs* 7,3 U/L [4,7-11,3], p=0,025), tal como os níveis de TRAbs antes do tratamento com iodo (13,8 U/L [11,3-36,5] *vs.* 4,2 U/L [2,4-7,2], p=0,002). Relativamente às restantes variáveis não se verificou diferença estatisticamente significativa.

Assim, na nossa amostra os valores laboratoriais de TRAbs ao diagnóstico e antes do tratamento com iodo radioativo foram preditivos do risco da falência do tratamento. Nestes doentes poder-se-á equacionar doses mais elevadas de radiação ou tratamento com tiroidectomia total.

Moderadores: David Barbosa e Ricardo Capitão

CO 06

TRATAMENTO COM IODO-131 NA DOENÇA NODULAR TÓXICA DA TIRÓIDE – PREDITORES DO RESULTADO TERAPÊUTICO

Francisca Leitão; Ana Quítalo; Marta Almeida; Sara Franco; David Barbosa; Maria Manuel Costa; Luísa Raimundo
HGO

Introdução e objetivos: O tratamento do hipertirodismo com Iodo-131 apresenta elevada eficácia em doentes com adenomas tóxicos (AT) e bócio multinodular tóxico (BMNT). O objetivo deste estudo foi avaliar a taxa de eficácia desta terapêutica, com recurso a ativada calculada, neste grupo de doentes, tentando identificar fatores preditores de falência terapêutica e hipotiroidismo iatrogénico.
Material e métodos: Estudo retrospetivo e observacional de uma população de doentes com AT ou BMNT submetidos a terapêutica com Iodo-131 entre 2014 e 2022, num centro de referência terciário. A análise estatística foi realizada com recurso a SPSS. Considerou-se como eficácia do tratamento a avaliação analítica em eutiroidismo ou hipotiroidismo até aos 12 meses após a primeira administração de Iodo-131.
Resultados: Num total de 113 doentes, 58 com BMNT e 55 com AT, a maioria eram do sexo feminino (93%, n=105), com média de idades de 63 anos. A mediana do tamanho do maior nódulo foi de 3cm, com uma massa estimada da tiróide de 31g. Previamente à terapêutica, 62 doentes foram medicados anti-tiroideus. Após administração de Iodo-131 (dose calculada média de 12 mCi), a taxa de sucesso foi de 93% aos 12 meses, entre os quais 24% estavam em hipotiroidismo. A falência terapêutica foi significativamente mais frequente no sexo masculino (25% *vs* 5,4% no sexo feminino; p=0,036), em doentes com massa tiroideia estimada superior (p<0,01), necessidade de terapêutica médica prévia (p=0,012) e valores de TSH pré terapêutica superiores (p=0,08). Dos doentes em hipotiroidismo aos 12 meses uma maioria significativa era do sexo feminino (96,8%; p=0,031) e com massa tiroideia tiroideia superior (40g *vs* 29g nos doentes em eutiroidismo; p=0,035).
Conclusão: Com uma taxa de sucesso terapêutico semelhante a estudos prévios, foram identificados como fatores preditores de hipertiroidismo após Iodo-131: o sexo masculino, a massa tiroideia, a necessidade de terapêutica prévia com antitiroideus e valores superiores de TSH pré terapêutica. Por outro lado, este estudo revelou que, quando o tratamento é eficaz, doentes do sexo feminino e com massa tiroideia superior têm maior risco de hipotiroidismo.

Moderadoras: Maria Manuel Costa e Rute Ferreira

CO 07

TIROIDITE PÓS-PARTO – QUANDO MENOS É MAIS!

Vanda Melo; Pedro Pacheco; Cátia Martins
USF Novos Rumos

Introdução: A tiroidite pós-parto uma forma de tiroidite transitória, que ocorre nos primeiros 6 meses após o parto, particularmente em mulheres com presença de anticorpos anti-tiroideus positivos (anti-peroxidase da tiróide). Este processo de auto-destruição é mais frequente em mulheres com antecedentes de doenças auto-imunes e antecedentes pessoais ou familiares de disfunção tiroideia. Cerca de 80% das mulheres recuperam a função tireoideia no período de um ano.
Caso clínico: Mulher de 32 anos. Nutricionista de profissão, atualmente desempregada. Natural do Brasil, a viver em Portugal há 4 anos. Vive com companheiro e filho recém-nascido. Antecentes de 3 gestações, 2 não evolutivas (1º trimestre), parto eutócico há 5 meses, hernioplastia inguinal direita e mamoplastia de aumento. Medicada com multivitamínico por aleitamento materno. Observada em consulta de revisão do puerpério com pedido de estudo analítico que revelou TSH suprimida. Desenvolve quadro de perda ponderal significativa (14kg em 4 meses), intolerância ao calor, irritabilidade, palpitações e trânsito intestinal acelerado. Foi repetido estudo com pedido de anticorpos que revelou hipertiroidismo subclínico (TSH < 0,008 mUI/L) com anticorpos anti-peroxidase positivos. A ecografia tiroideia descreve uma glândula ligeiramente aumentada, contornos regulares, textura algo heterogénea mas sem estruturas nodulares definidas. Compatível com eventual processo de tiroidite. Foi pedida consulta urgente de endocrinologia e iniciado metibasol 5mg.
Em consulta hostitalar, refere reganho ponderal e astenia. Nega patologia tiroidea prévia. Ao exame objetivo, doente normoponderal, perfil hipotensivo, normocárdica, tiróide não palpável, sem outras alterações. Repete estudo analítico que revela hipotiroidismo grave (TSH 201 mUI/L e T4L 0,22ng/dL), pelo que suspendeu metibasol e iniciou levotiroxina 50mcg.
Conclusão: A tiroidite pós-parto caracteriza-se, em 1/3 dos casos, num padrão trifásico clássico de disfunção tiroideia – tireotoxicose, hipotireoidismo e recuperação. A tireotoxicose começa, tipicamente, 1 a 6 meses após o parto. O caso apresentado retrata uma mulher com um quadro de tireotoxicose por tiroidite pós-parto que foi indevidamente tratada com medicação anti-tiroideia – tionamidas. A redução acentuada da função tiroidea verificada justifica-se quer pelo uso do metibasol, quer pela própria evolução da doença (hipofunção). Em casos ligeiros nenhum tratamento será necessário, uma vez que que se trata de um quadro transitório que pode rapidamente entrar em remissão. Para alívio dos sintomas de hipertiroidismo ou hipotiroidismo, preconiza-se o uso de bloqueadores beta-adrenérgicos ou suplementação com levotiroxina, respetivamente. O risco de recorrência é de 70% e há maior risco de hipotiroidismo crónico e de abortamentos espontâneos pelo que o doseamento de TSH deverá ser feito anualmente.

Moderadores: Joana Maciel e João Roque

CO 08

HIPOTIROIDISMO CLÍNICO APÓS PROCEDIMENTO DE SISTRUNK: UM CASO PARA NÃO ESQUECER

Daniela M. Soares; Sílvia Neves; Raquel da Inez Correia; Vítor Valente; Cláudia Freitas; André Carvalho
Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: O diagnóstico diferencial de uma massa cervical anterior da linha média é amplo e contempla de forma frequente os quistos do canal tireoglosso e o tecido tiroideu ectópico. A abordagem correta é essencial para a definição de um plano de vigilância e terapêutica.
Caso clínico: Mulher de 43 anos, sem patologia tiroideia conhecida; função tiroideia normal (TSH 2,15 µUI/mL (0,35-4,94); T4L 0,93 ng/dL (0,70-1,48)). Referenciada para consulta de Cirurgia Geral por massa cervical anterior com ecografia cervical a referir "tiróide de dimensões reduzidas com perda da configuração morfológica atual" e "imagem de aspeto quístico de 43 mm na região infra-hioideia, compatível com quisto do canal tireoglosso". Proposta para cirurgia de Sistrunk em 12/2021, realizada sem intercorrências. Analiticamente eutiroideia (06/2023: TSH 2,72 µUI/mL). Perante ausência de tecido compatível com quisto tireoglosso no estudo anatomopatológico e manutenção ecográfica da lesão cervical anterior, realiza TC cervical (08/2023) que revela "imagem de carácter quístico no trajeto do canal tireoglosso, próximo da epiglote, com cerca de 4 cm". Reintervenção para exérese da mesma a 11/2023, com estudo anatomopatológico a revelar retalho nodular de 8 g compa-

tível com "tumor folicular de potencial maligno incerto do canal tireoglosso". Em avaliação um mês após a cirurgia, identifica-se hipotiroidismo primário de novo (TSH 7,89 µUI/mL; T4L 0,81 ng/dL (0,95-1,57)) em doente clinicamente assintomática. Perante dúvida de presença de tiróide ectópica, a 01/2024 repetiu ecografia cervical e realizou cintigrafia tiroideia (Tc-99m-pertecnetato), que sugeriram ausência da glândula tiróide na sua topografia habitual e "formação nodular sólida de 26x17 mm com vascularização ao estudo doppler na região submentoniana", com "hipercaptação do radiofármaco na região submentoniana". Iniciou suplementação com levotiroxina e mantém seguimento.

Discussão: A presença de tiróide ectópica é um importante diagnóstico diferencial de massas cervicais, nomeadamente de quistos do canal tireoglosso, nem sempre atempadamente identificada. Paralelamente ao caso descrito, a literatura reporta casos de surgimento de hipotiroidismo em doentes previamente eutiroideus submetidos a procedimento de Sistrunk por suspeita de quisto do canal tireoglosso. Neste sentido, torna-se essencial a avaliação pré-operatória da função tiroideia e realização de estudos imagiológicos sensíveis e específicos para exclusão de tiróide ectópica.

Moderadores: Isabel Manita e Tiago Silva

CO 09

UM CASO DE CARCINOMA PAPILAR DA TIROIDE COM DOIS RESULTADOS CITOLÓGICOS BENIGNOS

Maria Salomé Serranito[1]; Leandro Augusto Silva[2]; Andreia Martins Fernandes[2]; Ana Rita Elvas[2]; Jacinta Santos[2]; Teresa Martins[2]; Joana Couto[2]; Patrícia Gilde[2]; Raquel G. Martins[2]; Fernando Rodrigues[2]
[1]ULS São José; [2]IPO COIMBRA

Introdução: Os nódulos tiroideus são extremamente comuns, afetando até 60% da população. As indicações para citologia e vigilância nodular estão explanadas em recomendações emanadas por várias sociedades científicas. O risco estimado de malignidade em nódulos submetidos a citologia com categoria de Bethesda II é de 0-3%. As diretrizes da Sociedade Europeia de Tiroide sugerem não repetir citologia após dois resultados benignos. As guidelines da Sociedade Americana não recomendam a vigilância ecográfica de nódulos com dois resultados citológicos benignos, dado que o risco de malignidade é praticamente inexistente.

Caso clínico: Mulher, atualmente com 48 anos, sem antecedentes de relevo. No contexto de perceção de tumefação cervical, realizou ecografia cervical em 2015 que detetou nódulo sólido, hipoecogénico, de limites bem definidos, no pólo inferior do lobo esquerdo (LE) da tiroide, com 13,6x12,6x9 mm. Analiticamente, sem disfunção tiroideia. Realizou citologia aspirativa por agulha fina (CAAF) do referido nódulo com resultado benigno. Teve alta da consulta de Endocrinologia, com indicação para vigilância nos Cuidados de Saúde Primários. A ecografia realizada 15 meses depois revelou incremento dimensional do nódulo (ecografia de 03/2017: nódulo no LE com 19x18x13 mm, sem adenopatias). Repetiu citologia, com resultado, novamente, benigno. Em 08/2018 por documentação de crescimento nodular (27x23x19 mm), foi readmitida no serviço de Endocrinologia. A ecografia em 11/2018, revelou nódulo no LE hipoecogénico com 29 mm, sem adenopatias e sem descrição de características de suspeição. Ao exame físico, era visível tumefação cervical à esquerda, móvel à deglutição e palpava-se nódulo de consistência duro-elástica. Por sensação de compressão cervical e disfonia, associada a impacto estético incómodo para a doente e crescimento progressivo do nódulo, optou-se por intervenção cirúrgica. A doente foi submetida a hemitiroidectomia esquerda em 01/2019, sem intercorrências. O resultado histológico revelou tratar-se de um carcinoma papilar do LE, com 2,3 cm, sem angioinvasão, pTNM: pT2N0bMx. A doente mantém vigilância clínica, analítica e ecográfica anual, com resposta excelente.

Conclusão: Descreve-se um caso de uma doente com nódulo tiroideu, EU-TIRADS 4, com duas citologias benignas, que se revelou maligno na histologia. Este caso retrata uma situação de ocorrência extremamente rara, contudo, motiva a discussão sobre a necessidade de manutenção de vigilância ecográfica, mesmo em doentes com duas citologias benignas.

Moderadores: Isabel Manita e Tiago Silva

CO 10

LINFOMA DA TIRÓIDE, QUANDO O RARO ACONTECE – CASO CLÍNICO

Alice Monsanto; Gustavo Rodrigues; Tânia Carvalho; Ana Luís Carreira; Mara Ventura; Leonor Gomes
Hospitais da Universidade de Coimbra - ULS Coimbra

Introdução: O linfoma primário da tiróide é uma entidade rara, sendo o subtipo mais frequente o linfoma difuso de grandes células B. A tiroidite de Hashimoto é o único fator de risco identificado. O quadro clínico típico é massa cervical de crescimento súbito e rápido com sintomas obstrutivos, com o carcinoma anaplásico como principal diagnóstico diferencial. A biópsia é essencial para diagnóstico definitivo. O tratamento depende do subtipo de linfoma e do estadio, com prognóstico habitualmente favorável.

Caso clínico: Mulher de 80 anos com queixas de disfonia persistente, portadora de ecografia cervical sugestiva de tiroidite com adenopatias e RM cervical com suspeita de linfoma de origem tiroideia. Em eutiroidismo com autoimunidade negativa. Palpação cervical indolor, com lobo direito da tiróide aumentado, de consistência pétrea e com adenomegalia ipsilateral de cerca de 2 cm.

Repetiu ecografia cervical, sugestiva de processo inflamatório com nódulo hiperecogénico de 1 cm e múltiplas adenopatias laterocervicais direitas. Realizada PAAF de nódulo, cuja citologia revelou tiroidite linfocítica (Bethesda II), e de adenopatia do compartimento lateral direito, sugestiva de carcinoma neuroendócrino/medular. O doseamento de tiroglobulina no lavado da agulha foi negativo. Repetiu PAAF de nódulo e adenopatia com realização de cellblock e imunocitoquímica de material da adenopatia, com diagnóstico citológico de linfoma B de grandes células. Realizou TC cervical a demonstrar processo infiltrativo no lobo direito, com envolvimento de espaço paratraqueal direito, nervo recorrente e mediastino superior direito com múltiplas adenopatias cervicais direitas. Imunofenotipagem de sangue periférico normal. Realizou biópsia de core de nódulo direito e adenopatia, com diagnóstico citológico de linfoma B difuso de grandes células, mas com histologia não representativa. Realizou ainda PET-FDG sugestiva de neoplasia maligna de alto grau localmente avançada, com origem no lobo direito da tiróide.

Por agravamento clínico, com estridor, foi internada com necessidade de traqueotomia.

Assumido diagnóstico de linfoma não-Hodgkin de grandes células B com origem tiroideia, tendo iniciado debulking com corticoterapia e quimioterapia com R-mini-CHOP. Diagnóstico posteriormente confirmado com biópsia de massa cervical anterior, com linfoma difuso de grandes células B, subtipo centro germinativo. Cumpriu 6 ciclos de quimioterapia, com resposta metabólica completa. Atualmente em remissão.

Conclusão: O linfoma primário da tiróide representa uma entidade rara, que carece de tratamento específico, com base no subtipo histológico e no estadio de doença. Na maioria dos casos, perante um diagnóstico precoce, o prognóstico é favorável. É desta forma, essencial considerar este diagnóstico diferencial, sobretudo perante doente que se apresenta com massa cervical de crescimento súbito e rápido.

Moderadores: Isabel Manita e Tiago Silva

CO 11

DESAFIOS NA ABORDAGEM DO NÓDULO DA TIRÓIDE: UM CASO RARO DE METÁSTASE TIROIDEIA DE CARCINOMA DA MAMA

Leandro Augusto Silva[1]; Andreia Martins Fernandes[2]; Maria Salomé Serranito[3]; Ana Rita Elvas[2]; Joana Couto[2]; Teresa Martins[2]; Jacinta Santos[2]; Olga Ilhéu[2]; Raquel G. Martins[2]; Fernando Rodrigues[2]
[1]IPO Coimbra; [2]IPO COIMBRA; [3]ULS São José

Introdução: O carcinoma da mama apresenta-se como a neoplasia mais frequentemente diagnosticada podendo metastizar para o osso, pulmão, cérebro ou fígado. Apesar de a tiróide ser bastante vascularizada, a ocorrência de metástases neste órgão é rara, sendo a metastização tiroideia de neoplasia primária da mama infrequente, com reduzido número de casos documentados na literatura, associando-se a um prognóstico desfavorável.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 81 anos, com queixas de tumefação supraclavicular direita com 2 meses de evolução. De antecedentes pessoais de relevo, a salientar carcinoma invasivo da mama direita diagnosticado 13 anos antes tendo realizado mastectomia e anastrazol durante 5 anos. O estudo ecográfico cervical evidenciou nódulo hipoecogénico com 3 cm no lobo esquerdo da tiróide e adenopatia hipoecogénica com 1,6 cm na região supraclavicular direita. Ambos submetidos a citologia aspirativa com estudo citológico compatível com neoplasia maligna. Por suspeita de metastização de neoplasia tiroideia, doente enviada a endocrinologia para orientação.

O estudo laboratorial evidenciou função tiroideia e calcitoninémia dentro dos valores de referência. Efetuada ecografia com citologia aspirativa de adenopatia com doseamento de marcadores tumorais no lavado da agulha com CEA<0,20ng/mL, CA15.3<0,30U/mL, tiroglobulina 0,43ng/mL (VR<1), calcitonina <0,5pg/mL (VR<9,8). O estudo anátomo-patológico de biópsia da adenopatia foi compatível com metástase de carcinoma com expressão de recetores hormonais (estrogénio e progesterona), HER2 positivo, compatível com primário da mama. Face a este resultado, realizou biópsia do nódulo do lobo esquerdo da tiróide que revelou metástase tiroideia de provável primário da mama. A PET/CT revelou lesões compatíveis com metastização ganglionar, pulmonar bilateral, óssea múltipla, mamária esquerda e tiroideia. A doente foi proposta para terapêutica sistémica paliativa de 1ª linha com iCDK4/6, letrozol e denosumab, apresentando resposta parcial e mantendo seguimento em oncologia médica.

Conclusão: Os autores descrevem um caso raro de metastização tiroideia de neoplasia primária da mama, enfatizando a importância de uma anamnese exaustiva. O facto de a adenopatia ser contralateral ao nódulo tiroideu com diagnóstico citológico de malignidade, desencadeou o estudo adicional que permitiu o diagnóstico e orientação adequados.

Moderadores: Isabel Manita e Tiago Silva

CO 12

CABOZANTINIB EM SEGUNDA LINHA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Monteiro Antunes[1]; Leonor Pinto[2]; Catarina Regala[2]; Sara Lomelino Pinheiro[2]; Valeriano Leite[2]
[1]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; [2]IPO Lisboa

Introdução: O carcinoma diferenciado da tiroide (CDT) metastático refractário ao iodo radioactivo está associado a pior prognóstico. Nestes casos as opções terapêuticas incluem inibidores da tirosina cinase (lenvatinib). Contudo, alguns doentes desenvolvem resistência ao lenvatinib, com progressão de doença. O cabozantinib poderá ser utilizado nestas situações.

Caso clínico: Mulher de 47 anos com antecedentes de Síndrome de Lynch, adenocarcinoma do cólon, VIH e hipertensão arterial. Em setembro de 2022 recorreu ao serviço de urgência por massa cervical direita de aparecimento súbito e crescimento rapidamente progressivo com queixas compressivas. A ecografia tiroideia mostrou um nódulo sólido e hipoecogénico no lobo direito, com contornos irregulares, com 8cm (EU-TIRADS 5). Foi realizada citologia aspirativa, compatível com carcinoma da tiroide; o estudo imunohistoquímico foi positivo para TTF1, PAX8 e tiroglobulina (Tg). A TC cervitoracoabdominopélvica identificou uma volumosa lesão ocupando o lobo direito da tiroide com 11cm, adenomegalias jugulo-carotídeas e volumosas metástases pulmonares biapicais (80mm e 50mm). A doente foi submetida a tiroidectomia total com esvaziamento ganglionar do compartimento central em dezembro 2022. O diagnóstico histológico foi compatível com carcinoma folicular de alto grau com áreas de carcinoma anaplásico e angioinvasão extensa (pT3a R0 N0 M1). A PET-FDG mostrou metastização ganglionar (cervical, mediastínica e hilar) e pulmonar bilateral exuberante. O painel NGS não identificou mutações nos genes alvo. Foi iniciada terapêutica com lenvatinib 24mg em março de 2023. A PET-FDG e a TC realizadas três meses depois, demonstraram ligeiro incremento dimensional das lesões pulmonares e estabilidade das lesões ganglionares. Analiticamente verificou-se aumento da Tg de 343ng/mL para 1300ng/mL. Considerando a progressão de doença sob lenvatinib, optou-se por alterar a terapêutica para cabozantinib 60mg/dia. Dois meses depois, verificou-se redução dimensional das metástases pulmonares (128 *vs* 145mm e 91 *vs* 130mm) e das lesões ganglionares mediastínicas e hilares, traduzindo resposta parcial. Como efeitos adversos da quimioterapia, salientam-se a síndrome de mão-pé e hipertensão arterial, controlados sem necessidade de suspensão do fármaco. Após oito meses, a doente mantém doença estável sob cabozantinib 40mg/dia.

Conclusão: Nos CDT metastáticos iodo-refratários em progressão sob lenvatinib, o cabozantinib parece ser uma boa alternativa terapêutica, prolongando a sobrevida livre de doença.