

# REUNIÃO DE PRIMAVERA

## GRUPO DE ESTUDO DA TIROIDE

29 de maio de 2026  
Hotel D. Luís  
Coimbra



## PROGRAMA

### Organização



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

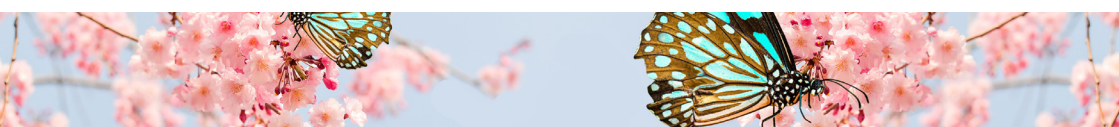
### Apoio



### Secretariado



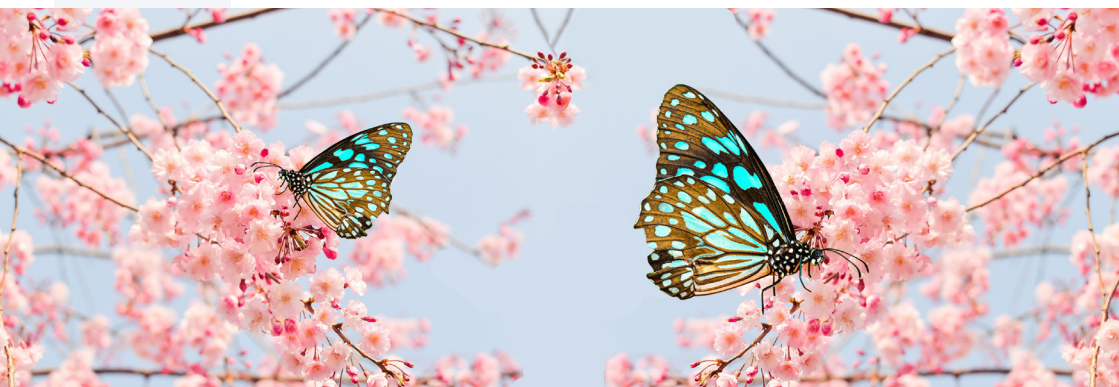
paula.cordeiro@admedic.pt  
www.admedic.pt





## PROGRAMA

09:30h	Abertura do Secretariado
10:00-11:00h	<b>HIPOPARATIROIDISMO CRÓNICO: ACTUALIZAÇÃO E DESAFIOS NA PRÁTICA</b> <i>Moderadores: Jorge Soares e Miguel Melo</i>
10:00-10:10h	<b>Enquadramento e panorama da doença (introdução)</b> Miguel Melo
10:10-10:25h	<b>Novas orientações no tratamento do hipoparatiroidismo crónico</b> Luís Cardoso
10:25-11:00h	<b>Desafios na prática clínica – Casos clínicos</b> Sara Correia e Filipe Cunha
11:00-11:30h	Coffee break
11:30-12:30h	<b>DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS</b> <i>Moderadoras: Teresa Azevedo, Joana Couto e Cláudia Freitas</i> <b>CL 01</b>   Hipoparatiroidismo crónico: Experiência de um centro terciário <b>CL 03</b>   Prova de absorção de levotiroxina no hipotireoidismo refratário: Casuística de um centro terciário <b>CL 04</b>   Quisto tiroideu benigno e tiroglobulina plasmática: Uma relação inesperada <b>CL 05</b>   Impacto dos inibidores do <i>checkpoint</i> imunitário na função tiroideia: experiência de um centro <b>CL 06</b>   Carcinoma oncocítico da tiroide e tirotoxicose: Metástases funcionantes vs doença de graves <b>CL 07</b>   Resposta excecional ao iodo-131 num carcinoma folicular da tiroide de alto grau metastático
12:30-13:00h	<b>DISCUSSÃO DE ASSUNTOS DO GET</b>
13:00h	<b>SESSÃO DE ENCERRAMENTO</b>
13:00-14:00h	Almoço



# REUNIÃO DE PRIMAVERA DO GRUPO DE ESTUDO DA TIROIDE

COMUNICAÇÕES LIVRES | 11:30-12:30h

## CL 01

### HIPOPARATIROIDISMO CRÓNICO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Diana Martins Ferreira; Francisca Pacheco; Susana Garrido; Lia Ferreira; Miguel Saraiva; Tiago S. Silva; Catarina Mendes; Jorge Soares; André C. Carvalho; Cláudia Freitas; Líliana Fonseca

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

**Introdução:** O Hipoparatiroidismo crónico (HPT) é uma doença rara associada a complicações significativas a longo prazo e constitui o único défice endócrino major em que a terapêutica de reposição hormonal não é a primeira linha terapêutica em Portugal. A abordagem convencional baseia-se na suplementação com cálcio e vitamina D ativa, com o objetivo de manter os níveis séricos de cálcio no limite inferior da normalidade e minimizar a hipercalcúria e complicações renais.

**Objetivos:** Descrever as características clínicas e abordagem terapêutica de doentes com HPT num centro terciário português.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo que incluiu doentes com HPT em seguimento no nosso centro. Foram recolhidos dados relativos a características demográficas, etiologia do HPT, terapêutica e complicações.

**Resultados:** Oitenta e seis doentes (68 mulheres; idade mediana 58 anos, mín 3 e máx 86 anos) tinham diagnóstico de HPT. O HPT pós cirúrgico foi a etiologia mais frequente (n=68; 79,0%), seguido de doença idiopática (n=12; 14,0%) e causas genéticas (n=6; 7,0%) (síndrome de DiGeorge (n=3; 3,5%); síndrome de Sanjad-Sakati (n=1; 1,2%); hipocalcemia autossómica dominante tipo 2 (n=2; 1,2%); síndrome de Barakat (n=1; 1,2%). Calcificações dos gânglios da base estavam descritas em 7 doentes (8,4%).

Relativamente ao tratamento, todos os doentes estavam sob vitamina D ativa, 82 (95,3%) sob suplementação de cálcio, 3 (3,5%) sob suplementação de magnésio e 14 sob diurético tiazídico (16,3%). Um caso encontrava-se sob terapêutica contínua com teriparatide, através de sistema de perfusão subcutânea. A dose mediana de cálcio elementar na etiologia pós cirúrgica foi de 1800mg/d (IQR 1200-2550mg/d), comparativamente a 1350mg/d (IQR 900-3900mg/d) nas restantes etiologias. Dos 66 doentes com HPT pós cirúrgico, 52 estavam sob calcitriol com uma dose mediana de 0,25mcg/d (IQR 0,25-0,5mcg/d) e 12 sob alfacalcidol com uma dose mediana de 1,0mcg/d (IQR 1,0-1,375mcg/d). Quanto aos casos não cirúrgicos, 12 estavam sob calcitriol com uma dose mediana de 0,5mcg/d (IQR 0,25-0,75mcg/d) e 5 sob alfacalcidol com uma dose mediana de 1,0mcg/d (IQR 1,0-3,5mcg/d).

Complicações da terapêutica estavam descritas em 7 doentes (8,4%), nomeadamente nefrolitíase (n=5) e nefrocalcinose (n=2). Problemas de adesão à terapêutica estavam documentados em 8 (9,3%) casos e a doença foi considerada controlada em 68 (79,0%) doentes.

**Discussão:** A etiologia pós cirúrgica predominou no nosso centro, em concordância com padrões epidemiológicos mundiais. O controlo da doença ocorreu na maioria dos casos, no entanto, a presença de complicações multiorgânicas reforça a necessidade de seguimento a longo prazo e de acesso a terapêuticas alternativas.

## CL 03

### PROVA DE ABSORÇÃO DE LEVOTIROXINA NO HIPOTIROIDISMO REFRACTÁRIO: CASUÍSTICA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Nuno Rocha Jesus<sup>1</sup>; Lia Vieira<sup>1</sup>; Margarida Gonçalves<sup>2</sup>; Luís Gadelho<sup>2</sup>; Ana Sá Sousa<sup>2</sup>; Diogo Ramalho<sup>2</sup>; Henrique Alexandrino<sup>2</sup>; Maria João Oliveira<sup>2</sup>; Mariana Martinho<sup>2</sup>; Marta Almeida Ferreira<sup>2</sup>; Patrícia Tavares<sup>2</sup>; Sara Costa Correia<sup>2</sup>; Gustavo Melo Rocha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ULS Gaia Espinho; <sup>2</sup>ULS Gaia e Espinho

**Introdução:** O termo “hipotiroidismo refratário” (HR) refere-se à persistência de TSH elevada em utentes com hipotiroidismo medicadas com doses de levotiroxina (LT4) superiores a 1,9–2,5 mcg/kg/dia. A prova de absorção de levotiroxina (PA-LT4) permite, de forma pouco invasiva, distinguir a pseudomalabsorção (má adesão à terapêutica) de outras entidades, como doenças de má absorção e interações farmacocinéticas.

**Objetivo:** Rever os casos de HR submetidos à PA-LT4 de um centro hospitalar terciário.

**Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva de 16 utentes com HR (TSH mediana de 234,0 mUI/L [AIQ: 16,7] sob dose mediana de 2,7 µg/kg/dia [AIQ: 1,7]), submetidos à PA-LT4, entre 2018 e 2026. A PA-LT4 consistiu na administração de 1000 mcg às 8h, após um jejum de pelo menos 10h, sendo obtidas 6 amostras de sangue no tempo 0 (antes da administração oral do fármaco) e a cada hora, durante 5 horas, para doseamento de TSH e T4L. As provas decorreram em hospital de dia, com monitorização dos sinais vitais. A absorção foi considerada normal para um aumento de T4L ≥ 50% ou descida de TSH > 40%.

**Resultados e conclusões:** A amostra foi constituída por 62,5% de mulheres, com idade mediana de 50 anos [AIQ: 21] e IMC mediano de 24,9 kg/m<sup>2</sup> [AIQ: 7,7]. Na avaliação prévia à administração de 1000 mcg de LT4, 10 utentes apresentaram TSH com mediana de 25,0 mUI/L [AIQ: 29,78]. Na avaliação prévia à administração dos 1000 mcg de LT4, 10 utentes apresentaram TSH mediana de 25,0 mUI/L [AIQ: 29,78], 2 utentes apresentaram franca melhoria da TSH (de 19,60 para 5,89 mUI/L e de 144 para 9,19 mUI/L), e 4 utentes apresentaram TSH normal ou diminuída (0,2 – 0,96 mUI/L), tendo sido excluídos. A absorção foi classificada como normal em 10 utentes (83,3%), sugerindo pseudomalabsorção. A absorção deficitária foi confirmada em 2 utentes (16,6%). As etiologias identificadas incluíram o uso de inibidores da bomba de prótons (n=2) e gastrite crónica associada à infeção por *H. pylori* (n=1).

Foi também analisado o caso de uma mulher grávida de 33 anos, com HR prévia à gravidez, que apresentava TSH de 179 mUI/L no 1º trimestre, medicada com LT4 2,68 mcg/kg/dia. Realizou-se toma observada de LT4, com avaliação regular de TSH e T4L, tendo ocorrido um aumento de T4L de 81,6% em 4 dias e normalização da função tiroideia (TSH 1,25 mUI/L; T4L 1,42 ng/dL), ao fim de 40 dias.

A PA-LT4 revelou-se uma ferramenta simples e segura na abordagem do HR. A absorção preservada na maioria dos utentes reforça a hipótese de pseudomalabsorção como uma das principais causas de aparente refratariedade à LT4. Quando realizada em hospital de dia, sob monitorização clínica, a prova decorreu sem intercorrências, permitindo evitar a escalada terapêutica e a investigação gastrointestinal invasiva

ou dispendiosa. Em situações particulares, como a gravidez, a toma observada de LT4 poderá constituir uma estratégia pragmática e eficaz para obter rápida normalização da função tiroideia.

#### CL 04

### QUISTO TIROIDEU BENIGNO E TIROGLOBULINA PLASMÁTICA: UMA RELAÇÃO INESPERADA

Marta Castro Tomé<sup>1</sup>; Ana Torrão Pinheiro<sup>2</sup>; Cláudia Freitas<sup>2</sup>; André Couto de Carvalho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde de Matosinhos; <sup>2</sup>Unidade Local de Saúde de Santo António

**Introdução:** A tiroglobulina (Tg) é uma glicoproteína produzida exclusivamente pelas células foliculares da tiroide, sendo amplamente utilizada no seguimento do carcinoma diferenciado da tiroide. A sua concentração sérica varia entre indivíduos e depende de múltiplos fatores, tais como o volume de tecido tiroideu e o grau de destruição folicular. Os seus níveis plasmáticos podem estar elevados em situações como bócio, doença de Graves, tiroidite, trauma ou manipulação tiroideia, assim como na presença de tecido tiroideu ectópico e na deficiência de iodo. Contudo, o papel da Tg em lesões tiroideias quísticas permanece pouco explorado.

**Caso Clínico:** Homem de 44 anos, com antecedentes pessoais relevantes de dislipidemia medicada com atorvastatina, sem história prévia de neoplasia ou exposição a irradiação cervical. Como antecedentes familiares, destacava-se neoplasia do cólon no pai e neoplasia da mama na mãe. Em agosto de 2025, recorreu aos Cuidados de Saúde Primários por aparecimento súbito de tumefação cervical direita. A ecografia tiroideia revelou uma formação nodular predominantemente quística no lobo direito da tiroide, com 3,5 × 4 × 4,5 cm (volume estimado de 31,5 mL), compatível com volumoso quisto hemorrágico, EU-TIRADS 2. O estudo analítico mostrou função tiroideia normal, anticorpos anti-tiroglobulina e anti-TPO negativos. Inapropriadamente foram solicitados níveis de Tg plasmática que se revelaram marcadamente elevados, de 1615 ng/mL (VR <64). Foi referenciado para consulta hospitalar de Endocrinologia, tendo realizado punção aspirativa por agulha fina (PAAF) evacuadora, com drenagem de 25 mL de líquido quístico. O exame citológico revelou nódulo folicular benigno com degenerescência quística. Quatro meses mais tarde, verificou-se normalização da tiroglobulina sérica para 16 ng/mL, mantendo-se função tiroideia normal e título de autoanticorpos negativos.

**Conclusão:** A presença de um nódulo quístico hemorrágico volumoso pode ser considerado como uma causa potencial de Tg plasmática elevada. Esta situação deve ser reconhecida na avaliação e seguimento de doentes com carcinoma diferenciado da tiroide.

#### CL 05

### IMPACTO DOS INIBIDORES DO CHECKPOINT IMUNITÁRIO NA FUNÇÃO TIROIDEIA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Marta Castro Tomé; Tânia Fernandes; Filipa Barros Alves; Marta Soares Moreira; Joana Basílio Leite; Matilde Salgado; Alexandra Novais Araújo

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

**Introdução:** Os inibidores do *checkpoint* imunitário (ICI) transformaram o tratamento oncológico, mas podem associar-se ao desenvolvimento de disfunção tiroideia (DT), a endocrinopatia imunomediada mais frequente. A compreensão da sua apresentação clínica e evolução é fundamental para otimizar a monitorização e abordagem destes doentes.

**Objetivos:** Caracterizar a incidência, apresentação clínica, evolução e impacto da DT na continuidade terapêutica em doentes tratados com ICI, bem como a sua associação com fatores demográficos e tipo de ICI. **Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo de doentes tratados com ICI entre 2017 e 2025 num hospital, avaliando características demográficas, clínicas, necessidade de terapêutica

e impacto na continuidade da ICI. Foram excluídos doentes com DT prévia. A análise estatística foi realizada no SPSS®

**Resultados:** Foram incluídos 299 doentes tratados com ICI, identificando-se 30 casos de DT, correspondendo a uma incidência de 10,2%. Não se observaram associações significativas entre sexo ou idade e o desenvolvimento de DT, nem diferenças na sua frequência entre doentes tratados com anti-PD1 (pembrolizumab e nivolumab) e anti-PDL1 (atezolizumab, durvalumab e avelumab) (p=0,789). Na subanálise dos doentes com DT, 67% eram do sexo masculino e a mediana de idade foi 66 (29–80) anos. O padrão mais frequente foi hipotiroidismo primário (53,3%), seguido de tireotoxicose isolada (30,0%) e padrão bifásico (16,7%). A mediana de tempo até ao aparecimento da DT foi de 9 semanas (2–116), com sintomatologia compatível em 14% dos casos. Em 43,3% dos doentes verificou-se necessidade de adiar ou interromper temporariamente a terapêutica com ICI, predominantemente por causas não relacionadas com a DT. Apenas três casos foram atribuídos à DT: um episódio de tireotoxicose e dois casos de hipotiroidismo sintomático. Mais de metade dos doentes manteve hipotiroidismo persistente com necessidade de terapêutica com levotiroxina até à última avaliação disponível. A positividade de anti-TPO após o desenvolvimento de DT associou-se significativamente à necessidade de terapêutica com levotiroxina (p=0,031).

**Conclusão:** A DT associada a ICI apresentou-se predominantemente sob a forma de hipotiroidismo, frequentemente persistente, embora sem impacto na continuidade da ICI. A possível subestimação de padrões bifásicos, relacionada com o carácter transitório da fase inicial de tireotoxicose, reforça a importância da monitorização endocrinológica sistemática. A associação entre positividade de anti-TPO e necessidade de tratamento prolongado com levotiroxina sugere um potencial valor destes anticorpos na identificação de doentes com maior risco de hipotiroidismo persistente. Estes resultados levantam a hipótese de um potencial papel da avaliação basal da autoimunidade tiroideia na estratificação de risco de doentes candidatos a ICI.

#### CL 06

### CARCINOMA ONCOCÍTICO DA TIROIDE E TIROTOXICOSE: METÁSTASES FUNCIONANTES VS DOENÇA DE GRAVES

Leandro Augusto Silva; Joana Couto; Andreia Martins Fernandes; Ana Rita Elvas; Raquel G. Martins; Jacinta Santos; Teresa Martins; Fernando Rodrigues

IPO Coimbra

**Introdução:** As metástases funcionantes de carcinoma diferenciado da tiroide de origem folicular (CDTOF) são excecionais (<1% da doença metastática). São uma rara causa de tirotoxicose, podendo ocorrer quer por alterações moleculares ativadoras do recetor da TSH, quer por aumento da conversão periférica de T4 em T3 por atividade de deiodinases tumorais, quer, raramente, mediada por anticorpos anti-recetor da TSH (TRAbs/TSI), que potenciam a proliferação tumoral e a produção hormonal.

**Caso clínico:** Mulher de 64 anos, submetida a tireoidectomia total e esvaziamento do compartimento central (04/2016), tendo o exame histológico (EH) sido compatível com carcinoma oncocítico extensamente invasivo (pT2N0R1). Submetida a duas terapêuticas com 131I (2016 e 2017). A cintigrafia corporal após a 2ª terapêutica foi sugestiva de doença recidivante loco-regional, tendo em 2018 sido efetuado esvaziamento cervical direito, com o EH a confirmar metastização ganglionar (uma lesão com invasão focal dos tecidos moles adjacentes). Em 2019, por elevação da tiroglobulina, realizou nova terapêutica com 131I. A cintigrafia após não mostrou áreas de hipercaptação anómala. A PET/CT com 18F-FDG não revelou alterações suspeitas. No final do mesmo ano, a TC torácica mostrou alterações compatíveis com metastização pulmonar (micronódulos). Por doença loco-regional recidivante foi submetida a RT externa. A doente manteve

vigilância com evidência de progressão bioquímica e estrutural, com surgimento de metastização visceral em 2022 (pancreática), tendo a doente recusado os tratamentos propostos (131I, lenvatinib). Estudo genético somático sem variantes acionáveis. Referenciada a Cuidados Paliativos em junho de 2024, mantendo seguimento por Endocrinologia. Em Maio de 2025 inicia queixas de cansaço agravado e palpitações. Analiticamente: TSH 0,004 mUI/L (0,45-4,5), T3L 10,50 pg/mL (2,00 - 4,40) e T4L 0,34 ng/dL (0,9-1,8). Foi efetuada redução da dose de levotiroxina e solicitados doseamentos adicionais: anti-Tg 1366 UI/mL ( $\leq 20$ ), TRAbs 21,8 UI/L ( $\leq 1,7$ ), TSI 13,50 UI/L ( $\leq 0,55$ ). Tem sido reduzida progressivamente a dose de levotiroxina, verificando-se, ao longo do tempo, melhoria clínica. Analiticamente mantém T4L diminuída, elevação da T3L (em diminuição) e diminuição dos níveis de TRAbs/TSI. **Conclusão:** As metástases funcionantes do CDTOF são uma entidade rara e de elevada complexidade. O seu diagnóstico requer suspeição clínica, sendo a cintigrafia corporal com 131I essencial para confirmação. Exige abordagem multimodal (cirurgia, tratamento com 131I, terapêutica médica). A resposta ao 131I é variável. Este caso ilustra a rara coexistência de metástases funcionantes de carcinoma oncócito associadas a tirotoxicose (T3) e autoimunidade, de fisiopatologia não completamente esclarecida, reforçando a necessidade de vigilância bioquímica contínua e avaliação sistemática da doença metastática.



## CL 07

### RESPOSTA EXCEPCIONAL AO IODO-131 NUM CARCINOMA FOLICULAR DA TIROIDE DE ALTO GRAU METASTÁTICO

Bárbara Jesus<sup>1</sup>; Leandro Augusto Silva<sup>2</sup>; Andreia Martins Fernandes<sup>2</sup>; Ana Rita Elvas<sup>2</sup>; Leonor Gomes<sup>1</sup>; Raquel Martins<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ULS Coimbra; <sup>2</sup>IPO de Coimbra

**Introdução:** O carcinoma folicular da tiroide (CFT) representa 10 a 15% dos carcinomas diferenciados. O subtipo de alto grau é uma entidade menos comum, associada a maior agressividade, risco acrescido de metastização à distância e menor probabilidade de resposta sustentada à terapêutica com iodo-131. Adicionalmente, a idade  $\geq 55$  anos associa-se, igualmente, a menor resposta terapêutica e pior prognóstico. Descreve-se o caso de uma doente de 75 anos com CFT de alto grau metastático, com excelente resposta à terapêutica sequencial com iodo-131.

**Caso Clínico:** Mulher de 75 anos, com nódulo tiroideu identificado incidentalmente em radiografia torácica realizada por dispneia. A função tiroideia era normal. A ecografia cervical mostrou volumoso nódulo no lobo esquerdo (67 mm), hipoecogénico, com bordos irregulares e macrocalcificações. A CAAF revelou tumor folicular (Bethesda IV).

Foi submetida a tiroidectomia total em novembro de 2023. O exame anatomopatológico identificou CFT de alto grau, variante encapsulada angioinvasiva, com 5,5 cm, invasão capsular e vascular, Ki-67 de 15-25% e ausência de metastização ganglionar em dois gânglios analisados (pT3aN0).

Foi referenciada à consulta de Endocrinologia, apresentando na primeira avaliação, em janeiro de 2024, tiroglobulina (Tg) de 376,70 ng/mL, sob TSH de 15,75 mUI/L, com anticorpos anti-Tg negativos. Foi realizada TC cervico-toraco-abdominopélvica, que revelou múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, o maior com 8,5 mm, sugestivos de metastização. Foi submetida a terapêutica com iodo-131 em março de 2024 (153,9 mCi), com Tg estimulada de 322,70 ng/mL. A cintigrafia pós-terapêutica mostrou captação cervical residual e múltiplos focos de captação pulmonar, bilateralmente, compatíveis com metastização. Observou-se redução progressiva da Tg e, em TC de reavaliação, diminuição dimensional das lesões pulmonares.

Repetiu radioiodoterapia em setembro de 2024 (149,5 mCi), apresentando Tg estimulada de 119,60 ng/mL e apenas discreta captação pulmonar residual na cintigrafia pós-terapêutica. Três meses

depois, a Tg era de 1,81 ng/mL.

Em fevereiro de 2025, a TC torácica não evidenciava lesões compatíveis com metastização pulmonar. Realizou um terceiro tratamento em setembro de 2025 (140,2 mCi), com Tg estimulada de 6,40 ng/mL e marcada redução da captação pulmonar residual. Na última avaliação (abril de 2026), apresentava TSH de 0,281 mUI/L e Tg de 0,58 ng/mL.

**Conclusão:** Apesar do pior prognóstico associado ao CFT de alto grau, este caso evidencia que a preservação de avidéz ao iodo pode traduzir-se em resposta bioquímica e imagiológica marcada, nomeadamente na doença metastática pulmonar. O caso reforça a importância da individualização do tratamento e da manutenção da terapêutica com iodo-131 na doença metastática, enquanto existir benefício objetivo.

