

## ATUALIZAÇÃO

# Manejo dos nódulos de tireoide deve ser guiado por história do paciente e achados ultrassonográficos

O maior desafio, nesse contexto, é evitar procedimentos invasivos desnecessários.

Frequente na prática clínica, o nódulo tireoidiano configura um sinal comum a várias doenças da tireoide, de adenoma, passando por tiroidites, até diferentes carcinomas da glândula. Contudo, o grande desafio clínico, nesses casos, é distinguir os indivíduos que requerem condutas mais agressivas daqueles em que o seguimento clínico anual representa a melhor opção, a fim de evitar tratamentos e procedimentos desnecessários. Afinal, apenas cerca de 5% das lesões encontradas na tireoide são malignas.

Assim, na avaliação inicial de tais achados, deve-se considerar seu aspecto funcional e o risco de malignidade. Queixas compatíveis com tirotoxicose podem levar à suspeita de nódulo tóxico, enquanto a presença de lesão nodular concomitante a sintomas de hipotireoidismo suscita a hipótese de tiroidite de Hashimoto.

### Quando suspeitar de nódulo maligno

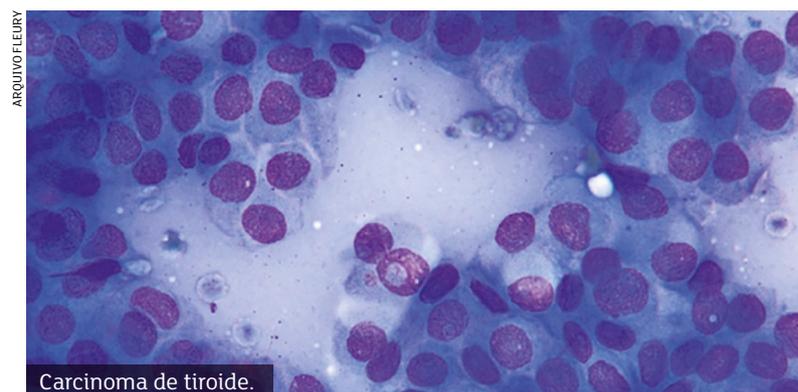
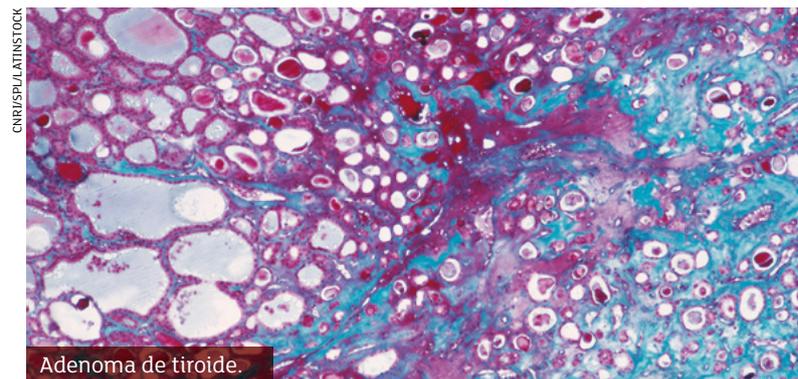
Alguns dados da história clínica e do exame físico podem sugerir maior risco de malignidade dos nódulos tireoidianos:

- Idade abaixo de 20 anos ou acima de 70 anos
- Sexo masculino
- Síndromes hereditárias, como a neoplasia endócrina múltipla tipo 2
- História de exposição à irradiação ionizante de cabeça ou pescoço na infância ou na adolescência
- Irradiação total para transplante de medula óssea
- Diagnóstico prévio de câncer de tireoide tratado com tireoidectomia parcial
- Parentes de primeiro grau com câncer de tireoide
- Nódulo volumoso ou com rápido crescimento, com sintomas compressivos
- Lesão endurecida, pouco móvel e aderida a planos profundos
- Paralisia de corda vocal ipsilateral à lesão
- Adenomegalia regional
- Nódulo incidentalmente detectado no exame de FDG-PET (como captação focal) em pacientes oncológicos

Modificado de: Nódulo tireoidiano e câncer diferenciado de tireoide – Atualização do consenso brasileiro. Rosário PW e col. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013;57(4):240-64.

A dosagem de hormônio tireostimulante (TSH) constitui o exame de escolha para o estudo funcional dos nódulos tireoidianos. Níveis baixos ou suprimidos de TSH apontam hiperfunção da glândula, que pode ser confirmada pela cintilografia de tireoide com iodo radioativo. No caso de nódulo hipercaptante, é possível dispensar a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia (US), visto que essas lesões raramente têm natureza maligna.

Por outro lado, se a concentração de TSH se mostrar elevada, deve-se confirmar – ou afastar – a hipótese de tiroidite autoimune com a dosagem dos anticorpos antitiroperoxidase (anti-TPO) e antitiroglobulina (anti-Tg). A suspeita de doença de Hashimoto, no entanto, não afasta a necessidade de avaliação citológica do nódulo, que segue os mesmos critérios usados nos indivíduos sem tiroidite.



# Como tirar melhor proveito da ultrassonografia de tireoide

Justamente por sua alta sensibilidade, o exame não deve ser usado como *screening* na população geral.

A ultrassonografia (US) de tireoide é o método mais sensível para a detecção de nódulos na glândula, mas, em virtude da alta prevalência dessas lesões e à baixa agressividade do carcinoma tireoidiano, não deve ser usada como *screening* na população geral. O exame está particularmente indicado em pacientes com um ou mais nódulos palpáveis, no diagnóstico de neoplasia endócrina múltipla tipo 2 ou em casos de história familiar de câncer de tireoide, assim como em crianças submetidas à irradiação cervical, mesmo sem lesão palpável.

O método possibilita a avaliação do número e das características dos nódulos, como ecogenicidade (lesões císticas, mistas ou sólidas), tamanho, relação com estruturas adjacentes (compressão ou invasão da tireoide) e presença de adenomegalia-satélite. Além disso, serve para guiar procedimentos diagnósticos, como punção dirigida, e terapêuticos, a exemplo de aspiração de cistos e escleroterapia com etanol ou laser, bem como para monitorar o crescimento da lesão.



Nódulo de tireoide visto em ultrassonografia.

As características ultrassonográficas associadas a maior risco de malignidade incluem hipocogenicidade, microcalcificações, margens irregulares ou mal definidas, fluxo sanguíneo intranodular aumentado ao Doppler, aumento do diâmetro anteroposterior em relação ao transversal e detecção de adenomegalia cervical. Contudo, os achados isolados da US não permitem a diferenciação absoluta entre lesões malignas e benignas, daí a importância da PAAF e do subsequente estudo citopatológico.

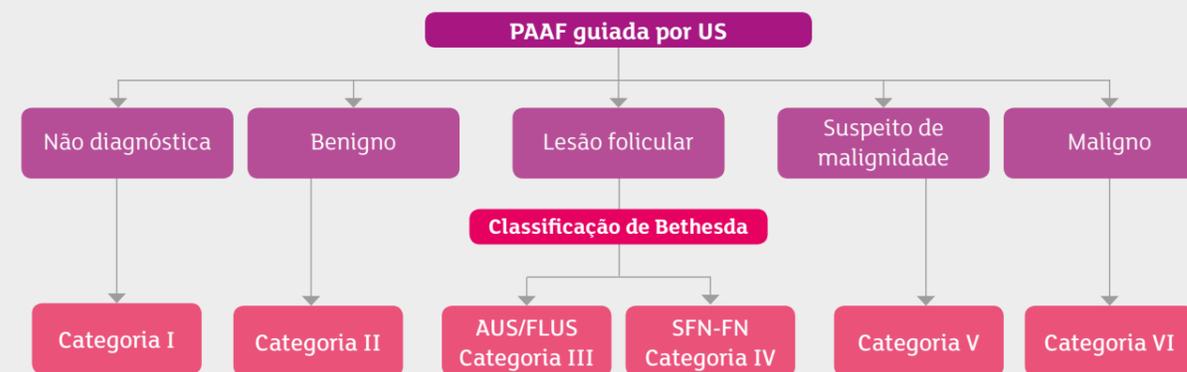
## Indicação da PAAF segundo critérios ultrassonográficos

Suspeita de malignidade à US	Características da imagem	Risco estimado de malignidade	Recomendação de PAAF
<b>Alta</b>	Nódulo sólido hipocóico, ou componente sólido hipocóico de nódulo parcialmente cístico, <b>com</b> uma ou mais das seguintes características: margens irregulares (infiltrativa, microlobulada), microcalcificações, comprimento maior que largura (forma mais alongada do que larga), calcificações de rebordo com pequeno componente de tecido mole extrusivo e evidência de extensão extratireoidiana	>70-90%	Nódulos > 1 cm
<b>Intermediária</b>	Nódulo sólido hipocóico com margens lisas e <b>sem</b> microcalcificações, extensão extratireoidiana ou comprimento maior que largura	10-20%	Nódulos > 1 cm
<b>Baixa</b>	Nódulo sólido isoecóico ou hiperecóico ou, ainda, nódulo parcialmente cístico com áreas sólidas de permeio <b>sem</b> microcalcificações, margens irregulares, extensão extratireoidiana ou comprimento maior que largura	5-10%	Nódulos > 1,5 cm
<b>Muito baixa</b>	Nódulo esponjiforme ou parcialmente cístico <b>sem</b> quaisquer das características ultrassonográficas descritas nos padrões anteriores	<3%	Considerar em nódulos >2 cm (a observação sem PAAF também é alternativa adequada)
<b>Nódulo benigno</b>	Nódulo puramente cístico (sem componente sólido)	<1%	Não recomendada*

\*A aspiração do cisto pode ser considerada devido aos sintomas ou por motivos cosméticos.

Fonte: 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Haugen BR et al. *Thyroid*. 2016 Jan;26(1):1-133.

## Investigação de nódulos de tireoide



AUS = atipia de significado indeterminado; FLUS = lesão folicular de significado indeterminado; SFN-FN = suspeito para neoplasia folicular-neoplasia.

## Quando puncionar o nódulo?

Após a realização da US, em pacientes com dosagem de TSH normal, é necessário considerar o tamanho do nódulo e seu aspecto ultrassonográfico para a indicação da PAAF. Lesões <1 cm devem ser puncionadas somente se apresentarem características de imagem altamente suspeitas ou se o indivíduo tiver história clínica de risco.

Em relação ao número de nódulos, a probabilidade de carcinoma não é significativamente maior nas lesões solitárias em comparação com as multinodulares. Na presença de bócio multinodular, portanto, a realização da PAAF deve continuar se baseando nos achados de imagem, ou seja, os suspeitos requerem a punção.

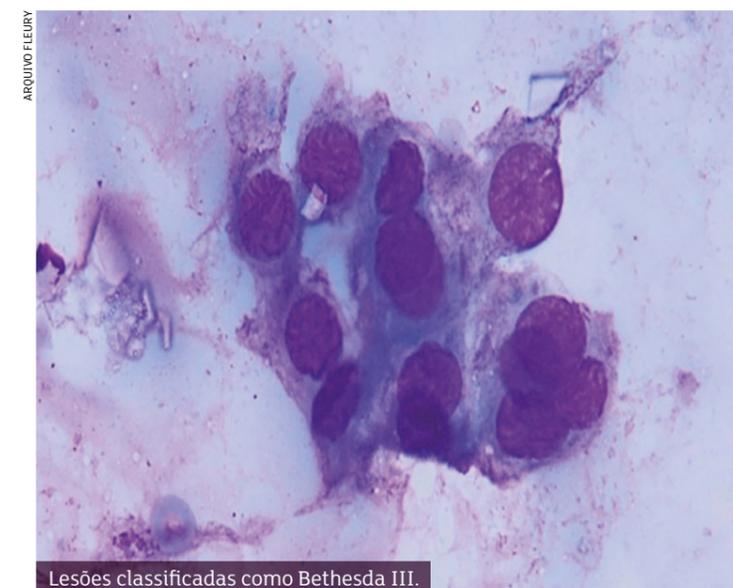
Vale adicionar que a PAAF consiste em um método seguro, eficiente e altamente sensível, que possibilita desde o diagnóstico de lesões não neoplásicas, como bócio colóide e tireoidite de Hashimoto, até o de carcinoma papilífero, medular e anaplásico.

Entretanto, existe a possibilidade de, após o procedimento, obter uma amostra não diagnóstica, ou insatisfatória, como descrito na classificação de Bethesda, ou seja, sem um número adequado de células para avaliação, o que costuma ocorrer em casos de nódulos <1 cm, muito vascularizados ou com grande componente cístico. Nessas situações, indica-se a repetição do exame.

A análise citológica do material obtido pela PAAF é tradicionalmente a principal ferramenta para a identificação do risco de malignidade. Os resultados do estudo citológico seguem os Critérios de Bethesda, de 2009, que classificam o nódulo em seis categorias, com diferentes riscos de malignidade.

## Critérios de Bethesda

Classe	Descrição	Risco de malignidade (%)	Conduta clínica
<b>I</b>	Insatisfatório	1-4	Repetir punção
<b>II</b>	Benigno	0-3	Acompanhar
<b>III</b>	Atipia ou lesão folicular de significado indeterminado	5-15	Repetir punção depois de 3 a 6 meses
<b>IV</b>	Neoplasia folicular ou suspeito para neoplasia folicular	15-30	Realizar lobectomia
<b>V</b>	Suspeito de malignidade	60-75	Realizar tireoidectomia total ou lobectomia
<b>VI</b>	Maligno	97-99	Realizar tireoidectomia



Lesões classificadas como Bethesda III.

# Como fazer o diagnóstico diferencial de tirotoxicose

Diversas condições devem ser consideradas diante de T4 aumentado e TSH reduzido.



	Hipertiroidismo Doença de Basedow-Graves	Hipertiroidismo BMNT/BUNT <sup>(3)</sup>	Uso de L-T4 (tirotoxicose factícia)	Tiroidite destrutiva	Tiroidite subaguda
Dor à palpação	Não	Não	Não	Não	Sim
Alterações oftalmológicas	Sim	Não	Não	Não	Não
TRAB+	Sim (em 80%)	Não	Sim/não	Sim/não	Sim/não
Ac anti-TPO+	Sim (em 60%)	Não	Sim/não	Sim/não	Sim/não
Tiroglobulina	↑	N ou ↑	↓	N ou ↑	N ou ↑
VHS	N ou ↑	N	N	N	↑
Ultrassonografia	Bócio difuso	Nódulo(s) tiroídiano(s)	N ou ecotextura heterogênea	Ecotextura heterogênea	Predomina hipocogenecidade
Cintilografia	Captação difusa	Captação nos nódulos	↓ captação	↓ captação	↓ captação

<sup>(1)</sup> Nervosismo, sudorese excessiva, intolerância ao calor, palpitação, fadiga, perda de peso, dispneia, fraqueza, aumento do apetite, queixas oculares, edema de membros inferiores, hiperdefecação, diarreia e distúrbios menstruais.

<sup>(2)</sup> Apesar da possibilidade de o TSH estar diminuído, o mais frequente, no hipotiroidismo central, é o achado de nível normal/aumentado de TSH.

<sup>(3)</sup> BMNT = bócio multinodular tóxico; BUNT = bócio uninodular tóxico.

N = normal ↑ aumento ↓ redução

saiba+ é uma publicação do **Labs a+ Medicina Diagnóstica**

Responsável técnico: Dr. Wilson Scholnik – CRM-RJ 52-34.610-4  
 Editora científica: Dra. Barbara Gonçalves da Silva  
 Editora executiva: Solange Arruda | Apoio editorial: Ana Maria Goulart  
 Produção gráfica: Sergio Brito | Impressão: Promopress

Contribuíram com esta edição: Dr. Alberto Lobo Machado, assessor médico em Radiologia, e Dra. Rosa Paula Mello Biscolla, assessora médica em Endocrinologia, ambos do Grupo Fleury, e Dra. Daniela da Maia Fernandes e Dra. Paula Farsoun, assessoras médicas do Labs a+

Nossos testes laboratoriais contam com o aval do  
 PALC – Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos  
 da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

[www.labsamais.com.br](http://www.labsamais.com.br)

Assessoria médica:  
[assessoriamedica\\_rj@grupofleury.com.br](mailto:assessoriamedica_rj@grupofleury.com.br)

FSC