

## atualização

# Manejo dos nódulos de tireoide deve ser guiado pela história do paciente

O maior desafio nessa seara é evitar procedimentos invasivos desnecessários.

Achado frequente na prática clínica, o nódulo tireoidiano é um sinal comum a várias doenças da tireoide, como bócios coloides, adenomas, carcinomas, cistos e tiroidites. Pode apresentar crescimento lento durante muitos anos e ser percebido pelo paciente, palpado durante a consulta médica ou encontrado incidentalmente em exame de imagem, sobretudo à ultrassonografia. O desafio do clínico, diante dessa situação, é distinguir os indivíduos que realmente requerem condutas mais agressivas e, ao mesmo tempo e não menos importante, poupar a maioria de tratamentos e procedimentos desnecessários.

Assim, na avaliação do nódulo tireoidiano, devem ser considerados o aspecto funcional da lesão e a possibilidade de ela ser maligna. No primeiro caso, queixas compatíveis com tirotoxicose, a exemplo de perda de peso, taquicardia, tremor de extremidades e arritmia, 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. Uma alteração no resultado da dosagem de hormônio tireostimulante (TSH) pode apontar para uma ou outra vertente.



No que concerne à natureza das alterações do nódulo, alguns dados da história clínica e do exame físico sugerem maior risco de malignidade, como idade (<20 anos ou >70 anos), sexo masculino, crescimento rápido e recente da lesão, história de irradiação ionizante de cabeça e/ou pescoço na infância ou adolescência, irradiação total para transplante de medula óssea e parentes de primeiro grau com câncer de tireoide ou neoplasia endócrina múltipla. Em relação ao exame físico, achados como nódulo muito endurecido à palpação, fixação a estruturas adjacentes, paralisia de corda vocal ipsilateral à lesão e adenomegalia regional são os mais suspeitos.

## Muitas lesões, mas poucas malignas

O uso indiscriminado da ultrassonografia de tireoide levou ao aumento da prevalência dos nódulos tireoidianos – que, à palpação, não passa de 7% nas mulheres – para mais de 40% na população geral. De qualquer modo, apenas 5% dessas lesões são malignas e, na grande maioria dos casos, elas não se acompanham de disfunção tireoidiana. Por outro lado, a incidência do carcinoma de tireoide hoje alcança 24:100.000 pessoas e está se elevando nos últimos anos, a ponto de ser considerada a quarta causa de tumor maligno entre as brasileiras.

## Possíveis diagnósticos

- Adenoma
- Bócio uni ou multinodular
- Cisto simples ou hemorrágico
- Tiroidite de Hashimoto
- Tiroidite subaguda
- Carcinoma (papilífero, folicular, medular ou anaplásico)
- Linfoma de tireoide
- Metástase de outros tumores

## TSH tem importância capital na avaliação funcional dos nódulos tiroidianos

Alterações no exame sugerem doenças específicas e contribuem para o raciocínio diagnóstico.



A dosagem de TSH é o exame de escolha para a avaliação funcional dos nódulos tiroidianos. Quando os níveis do hormônio estão normais, apesar de o diagnóstico mais provável ainda ser de nódulo benigno, deve-se continuar a investigação com ultrassonografia e punção aspirativa por agulha fina (PAAF), de acordo com os critérios de tamanho e risco de malignidade. Contudo, valores de TSH suprimidos ou subnormais sugerem nódulos tóxicos, enquanto um resultado elevado aponta para a hipótese de tireoidite crônica autoimune (ou de Hashimoto).

Representando 10% dos casos, os nódulos tóxicos são encontrados mais frequentemente em idosos e podem estar acompanhados de sinais de tirotoxicose, como perda de peso e arritmia, já que, nesses pacientes, as manifestações do hipertireoidismo apresentam-se menos intensamente do que no jovem (hipertireoidismo apático do idoso). Assim sendo, convém caracterizar o grau do distúrbio com dosagens de T4 livre e, uma vez confirmado o diagnóstico, prosseguir a investigação com mapeamento da glândula para verificar se a lesão é hiperfuncionante.

De qualquer modo, os nódulos autônomos são quase sempre benignos e visualizados à cintilografia de tireoide como áreas hipercaptantes, dispensando a PAAF. No entanto, a presença de nódulo em indivíduo com doença de Basedow-Graves merece maior atenção, devendo ser feita a punção se ele for hipercaptante.

## Como tirar melhor

Justamente por sua elevada

A ultrassonografia (US) de tireoide é o método mais sensível para a detecção de nódulos na glândula, porém, em virtude da alta prevalência dessas lesões e à baixa agressividade do carcinoma tiroideano, 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.

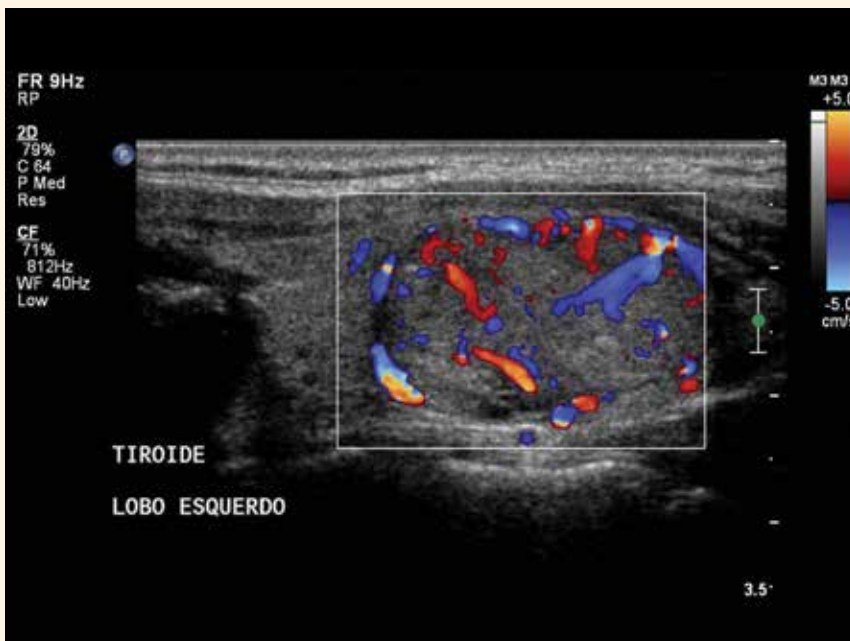
O método possibilita a avaliação do número e das características dos nódulos, como ecogenicidade (lesões císticas, mistas ou sólidas), tamanho, relação com estruturas adjacentes (compressão ou invasão da tireoide) e presença de adenomegalia-satélite. Além disso, também serve para guiar procedimentos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

As características ultrassonográficas associadas a maior risco de malignidade incluem hipoeogenicidade, microcalcificações, margens irregulares ou mal definidas, fluxo sanguíneo intranodular aumentado ao Doppler, maior 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 punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e do subsequente estudo citopatológico.



# proveito da ultrassonografia de tireoide

sensibilidade, o exame não deve ser usado como *screening* na população geral.



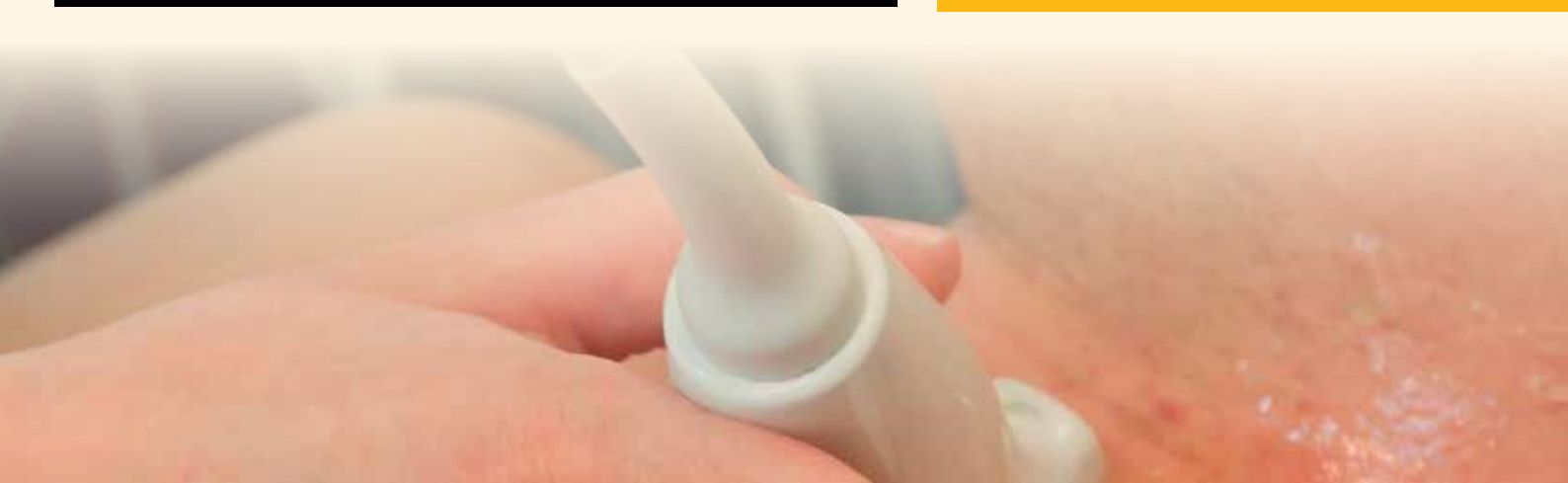
## Quando puncionar o nódulo?

Após a realização da US, em pacientes com dosagem de TSH normal, os nódulos > 1 cm devem ser submetidos à PAAF guiada por ultrassom, independentemente das características de imagem, enquanto os menores, mais próximos de 1 cm, apenas precisam ser puncionados se forem suspeitos de malignidade à US ou, então, se o paciente tiver história clínica de risco (*veja capa*).

Quanto ao número de nódulos, o risco de carcinoma não é significativamente maior nos solitários em comparação com lesões multinodulares. Na presença de bócio multinodular, portanto, a realização da PAAF deve continuar se baseado nos achados de imagem, ou seja, os suspeitos têm de ser puncionados.

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

Contudo, existe a possibilidade de o procedimento obter uma amostra não diagnóstica, ou insatisfatória, como determina a nova classificação (*leia pág. 4*), 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.





# Resultados da PAAF categorizam a lesão e sugerem condutas

Para tanto, estudo citológico segue a Classificação de Bethesda, um consenso firmado nos EUA em 2009.

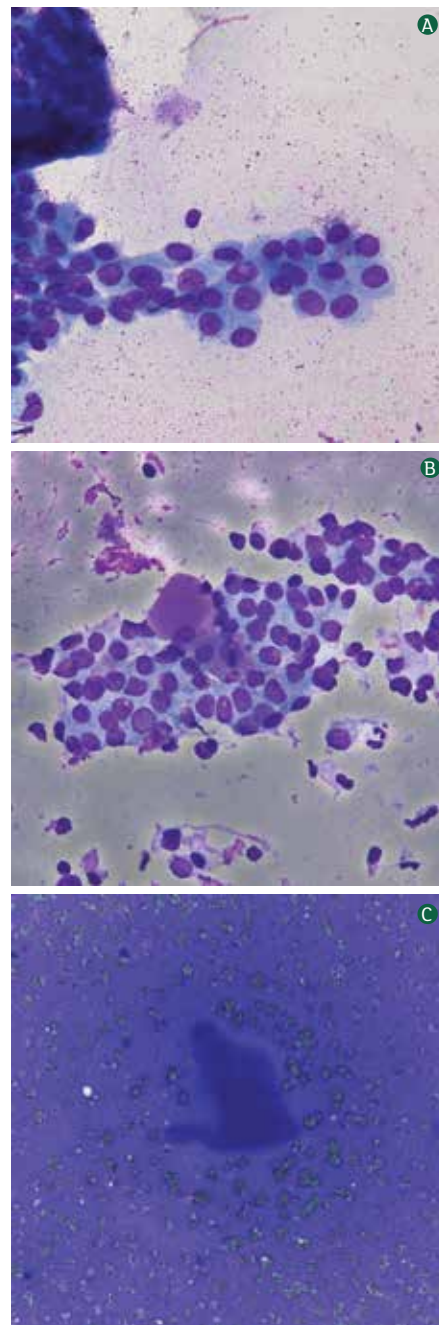
Para facilitar a nomenclatura dos resultados citológicos obtidos a partir da amostra colhida na PAAF, um grupo de especialistas estabeleceu um consenso, em 2009, denominado Classificação de Bethesda, que, além de qualificar os achados em seis categorias diferentes, sugere uma conduta para cada caso. Assim, as punções anteriormente determinadas como “não diagnósticas” foram renomeadas como “insatisfatórias”, passando a figurar na categoria I. As demais vão da categoria II (benigna) até a VI (maligna).

Incluindo aproximadamente 70% dos casos, a classe II é constituída de nódulos coloides, na maioria dos casos, cistos benignos e tiroidites linfocitária, aguda e subaguda (granulomatosa). As classes V e VI incluem principalmente o carcinoma papilífero, que apresenta alterações celulares específicas desse tipo de neoplasia, porém outros tumores também podem fazer parte dessa classificação, como os carcinomas medular e anaplásico e o linfoma de tireoide. A antiga denominação de “punção suspeita” foi substituída por “indeterminada” e dividida em duas categorias (III e IV), que representam de 15% a 30% dos resultados de PAAF e apresentam risco de malignidade de 5-15% (categoria III) e de 15-30% (categoria IV).

Vale adicionar que alguns estudos, desde 2011, vêm mostrando a aplicabilidade clínica de marcadores de expressão gênica e da pesquisa de rearranjos e mutações em genes-alvo na avaliação dos nódulos tireoidianos.

## Classificação de Bethesda para nódulos de tireoide

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



Nas imagens A e B, citologia de nódulo maligno de tireoide (categoria VI). Na C, citologia compatível com nódulo benigno de tireoide (categoria II).

saiba+ é uma publicação da a+ medicina diagnóstica

• **Responsável técnico:** Dr. Celso Francisco Hernandes Granato (CRM 34.307) • **Editora científica:** Dra. Barbara Gonçalves da Silva  
 • **Editora executiva:** Solange Arruda • **Produção gráfica:** Solange Mattenhauer Candido • **Impressão:** Burti  
 • **Contribuíram com esta edição:** Dra. Rosa Paula Mello Biscolla, assessora médica em Endocrinologia do Grupo Fleury, Dr. Mauro Tadeu Ajaj Saieg, assessor médico em Anatomia Patológica do Grupo Fleury, e Dr. Alberto Lobo Machado, assessor médico em Imagem do Grupo Fleury

### Assessoria técnica

SP: [assessoriatecnica.sp@amaissaude.com.br](mailto:assessoriatecnica.sp@amaissaude.com.br)  
 PE: [assessoriatecnica.pe@amaissaude.com.br](mailto:assessoriatecnica.pe@amaissaude.com.br)

BA: [assessoriatecnica.ba@amaissaude.com.br](mailto:assessoriatecnica.ba@amaissaude.com.br)  
 RS: [assessoriatecnica.rs@amaissaude.com.br](mailto:assessoriatecnica.rs@amaissaude.com.br)

PR: [assessoriatecnica.pr@amaissaude.com.br](mailto:assessoriatecnica.pr@amaissaude.com.br)