

TeleCondutas[®]

Nódulo de Tireoide

Versão digital
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação:
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Roberto Nunes Umpierre

Organização:
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Elise Botteselle de Oliveira
Rudi Roman

Autoria
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Elise Botteselle de Oliveira
Juliana Keller Brenner
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Natan Katz
Rudi Roman

Design:
Luis Felipe Telles
Carolyne Vasques Cabral
Lorenzo Costa Kupstaitis

Diagramação:
Carolyne Vasques Cabral

Normalização:
Rosely de Andrades Vargas

TELECONDUTAS Nº 20 –NÓDULO DE TIREOIDE

Sumário

<u>Introdução</u>	<u>Acompanhamento ecográfico de nódulo não puncionado</u>
<u>Manifestação Clínica</u>	<u>Conduta após PAAF</u>
<u>Diagnóstico</u>	<u>Tireoide com múltiplos nódulos</u>
<u>Avaliação Inicial</u>	<u>Tratamento</u>
<u>Indicação de PAAF</u>	<u>Encaminhamento para serviço especializado</u>

Introdução

É uma condição comum, encontrada em 5% das mulheres e 1% dos homens. Se avaliada por ecografia, a prevalência aumenta para 19% a 68%. A principal preocupação com nódulos de tireoide é a possibilidade de neoplasia maligna de tireoide. Apesar disso, a frequência de câncer de tireoide é baixa (7% a 15 % do total de nódulos) e a maioria dos pacientes com esse diagnóstico costuma ter um bom prognóstico (mais de 90% das neoplasias são papilares ou foliculares).

Manifestação clínica

Os nódulos de tireoide geralmente são identificados quando o paciente percebe aumento da região cervical, palpação da tireoide pelo médico assistente ou achado incidental em exame de imagem.

A maioria das pessoas com nódulos de tireoide é assintomática, mas os nódulos podem causar sintomas compressivos como disfagia (especialmente nódulos posteriores no lobo esquerdo), rouquidão, tosse e dispneia. Nos nódulos isolados (sem bócio), esses sintomas não são comuns e a primeira recomendação é seguir investigação para outras condições que causam esses sintomas.

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico, com a palpação da região cervical. Quando o paciente apresentar nódulo à palpação, está indicado a solicitação de ecografia para caracterização do nódulo e estruturas adjacentes.

A ecografia de tireoide não deve ser solicitada de forma rotineira, apenas se houver suspeita de nódulos à palpação da tireoide. Contudo, pacientes assintomáticos que apresentam achado incidental devem seguir investigação, pois apresentam risco semelhante para neoplasia de tireoide que os demais pacientes.

Avaliação inicial

Na avaliação inicial do nódulo de tireoide, é importante reconhecer padrões que aumentam a suspeição clínica para neoplasia de tireoide. Deve-se:

- **Realizar medida do TSH:** Se o TSH estiver suprimido, o paciente deverá seguir investigação de um possível nódulo-quente e suspeita de hipertireoidismo. Pacientes com nódulos e valores baixos de TSH (não usuários de levotiroxina) devem ser avaliados inicialmente com cintilografia de tireoide com iodo 131. Nódulos hipercaptantes não precisam ser puncionados, pois apresentam um risco praticamente desprezível de malignidade. Essa investigação é realizada pelo endocrinologista, indicando-se o encaminhamento para essa especialidade.
- **Avaliar fatores de risco para malignidade:**
 - história de radiação da região cervical;
 - história familiar de câncer de tireoide (familiar de primeiro grau);
 - crescimento rápido do nódulo ou bócio;
 - presença de linfonodo cervical aumentado;
 - rouquidão.
- **Identificar características ecográficas de risco para malignidade:** A ecografia de tireoide tem papel fundamental para definir a sequência de investigação ou acompanhamento do nódulo de tireoide; portanto uma descrição adequada desse exame é fundamental. Algumas características ecográficas (quadro 1) aumentam a suspeita clínica de neoplasia de tireoide e reforçam a necessidade de investigação adicional com Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF).

Quadro 1 – Características ecográficas do nódulo de tireoide que sugerem câncer de tireoide

Padrão ecográfico que sugere malignidade	Características ecográficas	Risco de Malignidade
Alta suspeita	Nódulo sólido hipoecoico ou nódulo misto com componente sólido hipoecoico <u>E</u> uma ou mais das seguintes características: margens irregulares, microcalcificações, formato mais alto do que largo, evidência de comprometimento extratireoidiano.	> 70 – 90 %
Suspeita Intermediária	Nódulo sólido hipoecoico com margens regulares <u>E</u> sem evidência das seguintes características: microcalcificações, comprometimento extratireoidiano e formato mais alto do que largo.	10 – 20 %

Baixa suspeita	Nódulo sólido isoecoico ou hiperecoico <u>E</u> sem evidência das seguintes características: microcalcificações, comprometimento extratireoidiano e formato mais alto do que largo.	5 – 10 %
Muito Baixa Suspeita	Nódulo espongiforme, nódulo parcialmente cístico ou sem características suspeitas.	< 3%
Benigno	Nódulos puramente císticos.	<1%

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de HAUGEN, B.R. (2015).

Indicação de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF)

Investigação adicional do nódulo de tireoide com PAAF deve ser realizada de acordo com o tamanho do nódulo e o risco de malignidade, conforme apresentado no quadro 2. Destaca-se que nódulos pequenos (< 1 cm) são puncionados em casos especiais: história de risco para câncer da tireoide ou características ecográficas que aumentam a chance desta condição, acompanhado de linfonodo aumentado na região cervical.

De maneira geral, **nódulos puramente císticos** não devem ser puncionados com vistas a diagnóstico, pois apresentam baixo risco para malignidade. Se o cisto for volumoso e acompanhado por sintomas compressivos ou prejuízo estético, a punção aspirativa, com ou sem injeção de etanol, pode ser considerada, assim como o tratamento cirúrgico definitivo. A citologia do cisto deve ser realizada, caso a punção aspirativa seja feita.

Quadro 2 – Nódulo de Tireoide com indicação de PAAF

Nódulo sólido: <ul style="list-style-type: none"> • hipoecoico ≥ 1 cm; ou • isoecoico ou hiperecoico $\geq 1,5$ cm; ou
Nódulo sólido-cístico: <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 1,0$ cm, com componente sólido hipoecoico e uma das seguintes características: microcalcificações, margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal; ou • $\geq 1,5$ cm independente de suas características; ou
Nódulo espongiforme ≥ 2 cm; ou
Nódulo < 1 cm: <ul style="list-style-type: none"> • em paciente de alto risco de malignidade¹; ou • com características ecográficas² suspeitas <u>e</u> com linfonodo cervical aumentado³.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de HAUGEN (2015).

1 Pacientes de alto risco de malignidade são: pacientes com história pessoal ou em familiares de primeiro grau de câncer de tireoide, radioterapia da linha média ou exposição à radiação ionizante na infância ou adolescência, captação de glicose em PET-TC, mutação em genes associados a câncer medular familiar.

2 São características ecográficas de maior risco de malignidade: nódulo hipoeicoico, com microcalcificações, com vascularização aumentada (central principalmente), margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal. Nenhum achado isolado é diagnóstico de malignidade, mas sua associação aumenta a probabilidade de neoplasia.

3 Nos casos de linfonodomegalia cervical suspeita e nódulo de tireoide, existe indicação de realizar biopsia do linfonodo alterado.

Acompanhamento Ecográfico de Nódulo Não Puncionado

Pacientes com **nódulos sem indicação de PAAF** devem ser acompanhados através do exame físico, com palpação de tireoide a cada consulta, e submetidos à nova ecografia com periodicidade definida pelo risco de malignidade (quadro 1):

- Nódulo com **alta suspeita**: repetir ecografia em 6 a 12 meses;
- Nódulo com **suspeita baixa ou intermediária**: repetir ecografia em 12 a 24 meses;
- Nódulo > 1 cm com **suspeita muito baixa (incluindo nódulos espongiiformes) e nódulo puramente cístico**: a utilidade e periodicidade do acompanhamento não está bem estabelecida. Se for optado pelo acompanhamento, especialistas repetem o exame após 24 meses.
- Nódulo < 1 cm com **suspeita muito baixa (incluindo nódulos espongiiformes) e nódulo puramente cístico**: não se recomenda acompanhamento ecográfico.

Pacientes com acompanhamento conservador devem realizar PAAF se houver crescimento do nódulo em 50% no volume ou 20% em duas dimensões. A medida do volume do nódulo é calculada da seguinte forma: altura x largura x profundidade x 0,52.

Conduta conforme resultado da Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF)

A análise citológica após punção por agulha fina dos nódulos deve incluir a classificação de Bethesda para definição de conduta.

Quadro 3 – Classificação de Bethesda para nódulo de Tireoide e conduta

Classe	Descrição	Conduta
I	Insatisfatória ou Não diagnóstica	Repetir PAAF. Se persistir inconclusivo, decisão de cirurgia ou acompanhamento varia com características ecográficas e risco de malignidade, devendo ser compartilhada com paciente. Geralmente indica-se cirurgia diagnóstica se houver padrão ecográfico de alta suspeita, crescimento no acompanhamento ou fatores de risco clínico.
II	Benigno	Geralmente não é necessária investigação sequencial ou tratamento. Em alguns casos o acompanhamento ecográfico ou PAAF está indicado (ver texto a seguir).
III	Atipia ou Significado indeterminado ou lesão folicular de	Considerar repetir PAAF. Se persistir categoria III, decisão de cirurgia ou acompanhamento varia conforme características ecográficas e risco de malignidade, devendo ser compartilhada com paciente. Geralmente indica-se cirurgia diagnóstica

	significado indeterminado	se houver padrão ecográfico de alta suspeita, crescimento no acompanhamento ou fatores de risco clínico.
IV	Neoplasia folicular ou suspeito para neoplasia folicular	PAAF não tem acurácia para identificar invasão de cápsula. Portanto, deve-se encaminhar para diferenciar lesão benigna de maligna. Geralmente indica-se lobectomia como abordagem inicial. Acompanhamento pode ser realizado em casos selecionados.
V	Suspeito de malignidade	Encaminhar para tratamento por alta suspeita de malignidade. Geralmente indica-se lobectomia ou tireoidectomia total. Acompanhamento pode ser realizado em casos selecionados.
VI	Maligno	Encaminhar para tratamento por diagnóstico de malignidade. Indica-se tireoidectomia total na maioria dos casos. Acompanhamento pode ser realizado em casos selecionados.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de HAUGEN (2015).

Pacientes com nódulo de tireoide submetidos à PAAF com citologia benigna devem fazer ecografia de seguimento conforme as características da ecografia inicial (quadro 1):

- Nódulos com **alta suspeita**: repetir ecografia e PAAF em 12 meses.
- Nódulos com **suspeita intermediária ou baixa**: repetir ecografia em 12 a 24 meses.
 - Se houver crescimento significativo do nódulo ou desenvolvimento de novas características ecográficas suspeitas, deve-se realizar nova PAAF ou acompanhamento ecográfico em intervalos mais curtos, considerando PAAF se o nódulo continuar em crescimento.
- Nódulos com **muito baixa suspeita**: apesar da utilidade do acompanhamento para avaliar o crescimento desses nódulos não estar clara, recomenda-se repetir ecografia após 24 meses.

Tireoide com múltiplos nódulos

Pacientes com múltiplos nódulos de tireoide ≥ 1 cm devem ser avaliados da mesma maneira que pacientes com nódulos solitários. Cada nódulo ≥ 1 cm apresenta risco independente de malignidade e, portanto, múltiplas PAAF podem ser necessárias.

Tratamento

A maioria dos nódulos não necessita de tratamento específico e a indicação cirúrgica será conforme a presença de sintomas e o resultado de malignidade da PAAF.

O uso de tiroxina não está indicado para redução de nódulos em pacientes sem hipotireoidismo.

Encaminhamento para serviço especializado

Encaminhar ao endocrinologista quando o paciente apresentar:

- nódulo acompanhado de TSH suprimido (provável nódulo hiperfuncionante); **ou**
- nódulo com indicação de PAAF; **ou**
- pacientes com sinais e sintomas sugestivos de malignidade atribuíveis ao nódulo
 - ortopneia;
 - disfagia alta;
 - rouquidão;
 - sinais de compressão na radiografia cervical/torácica;
 - bócio com crescimento rápido;
 - linfonodos cervicais aumentados não atribuíveis a outra etiologia.

Referências:

BANKS, C. A. et al. Thyroid disease and compressive symptoms. **Laryngoscope**, St. Louis, v. 122, n. 1, p. 13-6, 2012.

COOPER, D. S. et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. **Thyroid**, New York, v.19, n.11, p. 1167-1213, 2009.

HARZHEIM, E.; AGOSTINHO, M.; KATZ, N. (Org.). **Protocolos de encaminhamento para endocrinologia adulto** Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde; TelessaúdeRS-UFRGS, 2013 [atualizado em jan. 2018]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_endocrinologia_revisado_TSRS_SES04jan.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

HAUGEN, B. R. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. **Thyroid**, New York, v. 26, n. 1, p. 1-133, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4739132/pdf/thy.2015.0020.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ROSS, D. S. **Clinical presentation and evaluation of goiter in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-evaluation-of-goiter-in-adults>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

_____. **Cystic thyroid nodules**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/cystic-thyroid-nodules>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

_____. **Diagnostic approach to and treatment of thyroid nodules**. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-and-treatment-of-thyroid-nodules>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

TeleCondutas[®]



0800 644 6543

Para esclarecer dúvidas de:

Médicos da Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul