

# Enzilab reviews

## TUMORES E NÓDULOS TIREOIDIANOS

### Introdução

Nódulos tireoidianos são extremamente comuns na população geral. A prevalência de nódulos palpáveis é de aproximadamente 4%-7%; contudo, se considerarmos os nódulos subclínicos, diagnosticados por ultra-sonografia cervical, essa prevalência ultrapassa 50% na população feminina com mais de 50 anos de idade.

Apenas 5%-10% dos nódulos representam risco de malignidade para o paciente. Assim, o principal desafio para o clínico é diferenciar um nódulo com potencial maligno de um nódulo tireoidiano inócuo. Para isto, utilizam-se dados de história e exame físico, características ultra-sonográficas e de Doppler, marcadores séricos e a citologia do nódulo, obtida por punção aspirativa com agulha fina (PAAF).

### Hormônio Tireoestimulante (TSH)

A dosagem de TSH está indicada em todo paciente portador de nódulo tireoidiano. O achado de TSH suprimido deve ser complementado com dosagem de T3 e T4 livres, para confirmar a tireotoxicose. Aproximadamente 10% dos nódulos palpáveis apresentam autonomia suficiente para reduzir os níveis de TSH, o que é um achado fortemente sugestivo de benignidade.

Assim, para nódulos autônomos demonstrados no mapeamento tireoidiano (nódulos "quentes"), não há necessidade de PAAF.

Se as concentrações de TSH forem elevadas, os títulos de anticorpo antitireoperoxidase (anti-TPO) devem ser aferidos, para confirmar o diagnóstico de tireoidite de Hashimoto. O risco de linfoma de tireóide é 67 vezes maior em pacientes com tireoidite de Hashimoto, mas ainda assim, o linfoma é um diagnóstico incomum.

### Ultra-sonografia de Tireóide

A Ultrasonografia estudo anatômico detalhado dos nódulos e identificação de características que parecem estar associadas com maior risco de malignidade. A adição do Doppler aumentou a acurácia diagnóstica. Outro emprego da ultra-sonografia é a orientação para a PAAF, facilitando a coleta de material.

### Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF)

Atualmente, considera-se a PAAF o exame mais confiável e acurado no diagnóstico de doença nodular tireoidiana. Trata-se de um exame seguro, pouco invasivo, de baixo custo e fácil realização.

A utilização desse método em ampla escala reduziu o número de tireoidectomias em 50%, ao mesmo tempo que dobrou a prevalência de câncer nos casos operados. Não há contra-indicações formais à PAAF (inclusive uso de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes), e não há risco de disseminação neoplásica pelo trajeto da punção. O principal efeito colateral é desconforto local, que dura menos que 24 horas e pode ser aliviado com compressas frias ou analgésicos simples.

A PAAF deve ser realizada em todo nódulo com mais de 1 cm de diâmetro ou com características ultra-sonográficas sugestivas de malignidade ou história clínica de risco.

### Tópicos Importantes

O adenoma folicular é o tumor de tireóide mais comum, sendo benigno.

O Carcinoma papilífero é a neoplasia maligna de tireóide mais comum, correspondendo a mais de 90% dos carcinomas bem diferenciados em áreas sem deficiência de iodo. Manifesta-se como nódulo cervical duro e indolor.

O Carcinoma folicular é uma doença rara em países onde não há deficiência iodo. Manifesta-se como nódulo cervical indolor.

O carcinoma insular se manifesta com grandes nódulos que acometem indivíduos mais idosos. É invasivo e muitas vezes letal.

O carcinoma anaplásico tem maior incidência entre os 50 e 60 anos.

O carcinoma medular representa menos de 10% dos tumores malignos da tireóide.

O linfoma primário de tireóide é um tipo de linfoma não-Hodgkin. É um tumor cervical de crescimento rápido, geralmente associado a linfadenopatia cervical, em paciente com mais de 60 anos de idade.

Os sarcomas primários da tireóide são tumores raros.

A maior parte dos carcinomas de tireóide são nódulos assintomáticos.

Os principais fatores que aumentam a suspeita de malignidade diante de um nódulo de tireóide são: história familiar de neoplasia endócrina múltipla ou de carcinoma medular familiar, crescimento rápido do tumor, nódulo endurecido e aderido aos tecidos adjacentes, paralisia de cordas vocais e adenomegalia cervical.

A dosagem sérica de calcitonina tem sensibilidade superior ao exame citológico para identificar o carcinoma medular de tireóide.

Presença de microcalcificações, bordas irregulares e hipoeogenicidade são achados ultra-sonográficos sugestivos de neoplasia maligna. Ao Doppler, vascularização predominante ou exclusivamente central sugere doença maligna.

A PAAF deve ser realizada em todo nódulo com mais de 1 cm de diâmetro ou com características ultra-sonográficas sugestivas de malignidade ou história clínica de risco.

Em medicina nuclear, o achado de uma área hipocaptante ("fria") tem baixa especificidade para neoplasia maligna da tireóide.



# Enzilab

Análises Clínicas  
Confiança sempre

22 anos

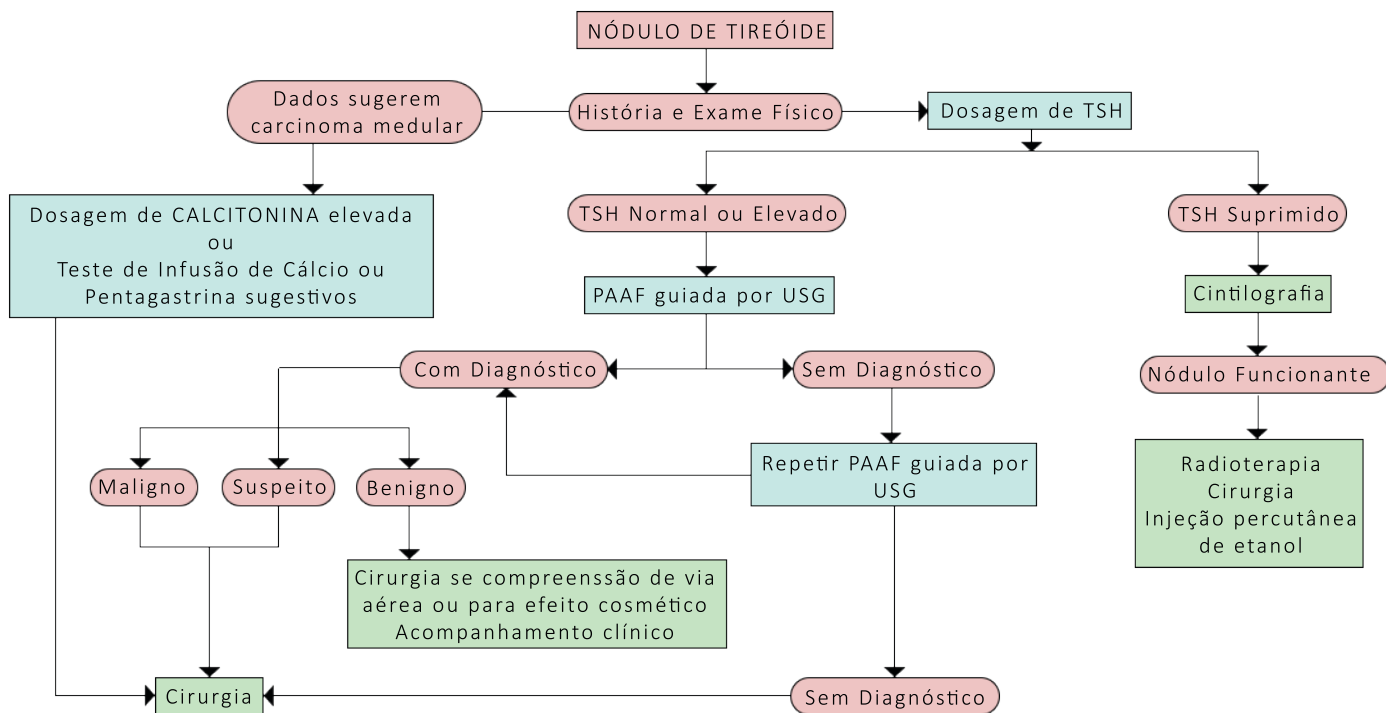
Cachoeira do Sul  
Rua Marechal Floriano, 88  
(51) 3722 6090

Santa Cruz do Sul  
Hosp. Ana Nery:  
Rua Pereira da Cunha, 209.  
(51) 3715 2919  
Centro:  
Rua Marechal Deodoro, 189.  
(51) 30563026

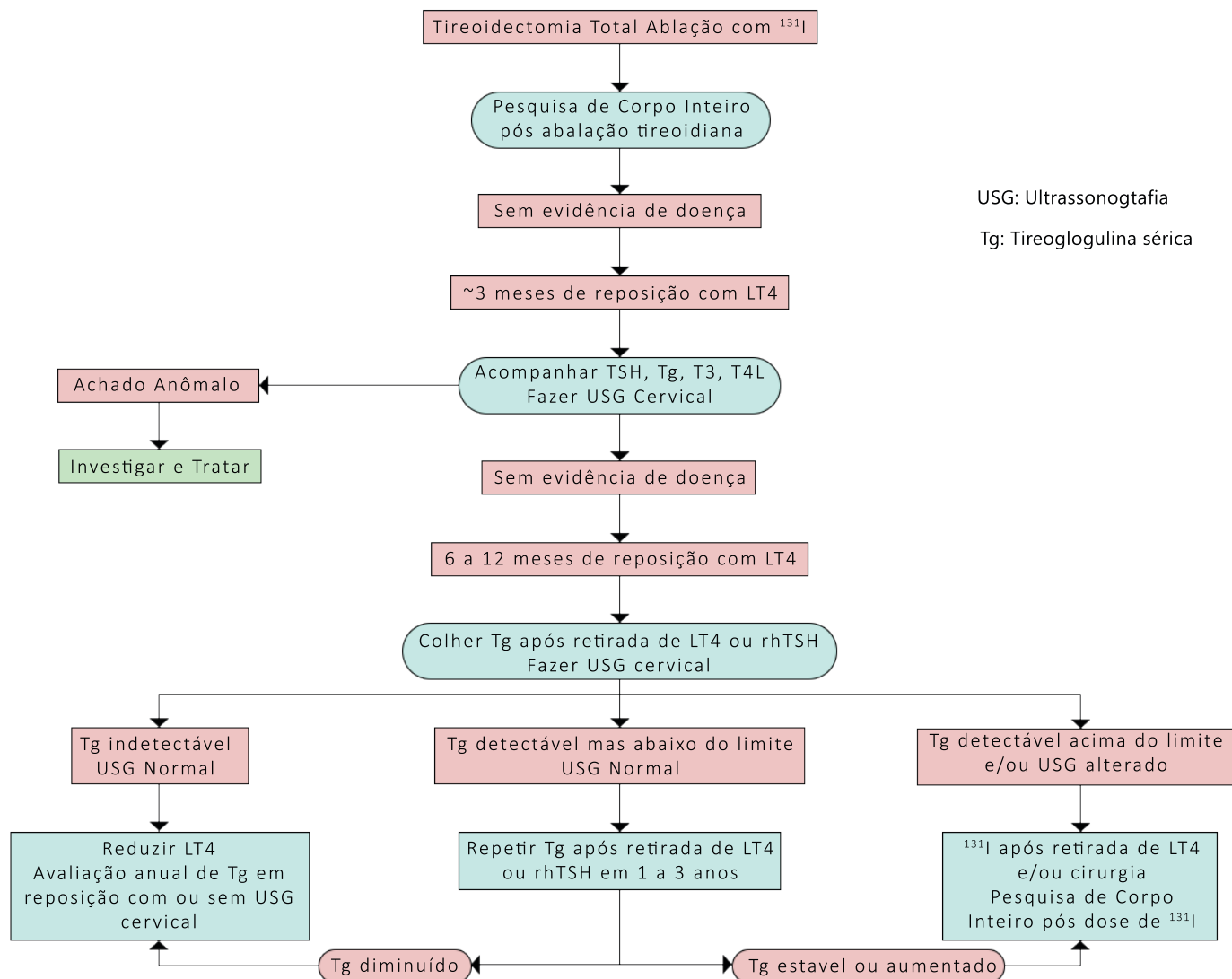


[www.enzilab.com.br](http://www.enzilab.com.br)

## Abordagem diagnóstica dos nódulos de tireóide



## Seguimento do carcinoma bem diferenciado de tireóide



USG: Ultrassonografia  
Tg: Tireoglogulina sérica