

Caracterização das doenças nodulares tireoidianas do Ambulatório de Endocrinologia da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Characterization of thyroid nodular diseases in the Ambulatory of Endocrinology of Santa Casa de Misericórdia of Ribeirão Preto

Mariana do Couto Mendes¹, Laura Bertoloto Menossi¹, Juliana Guedes Amorim Mendonça¹, Thaís Bueno Silva¹, Sérgio Luchini Batista²

Resumo: A glândula tireoide é frequentemente acometida por nódulos. Cerca de 10% dos nódulos tireoidianos são malignos. A anamnese minuciosa e o exame físico detalhado com ênfase no exame cervical e na palpação da tireoide são fundamentais na investigação de possível malignidade dos nódulos. A complementação com exames laboratoriais e de imagem, com destaque para o ultrassom de tireoide, são imprescindíveis para a indicação de biópsia aspirativa (PAAF) com maior precisão e, conseqüentemente, para a indicação de cirurgia tireoidiana em casos selecionados. Neste estudo, observamos uma maior prevalência da doença nodular em mulheres mais idosas, sendo a grande maioria bócio multinodular atóxico, porém com descrição ultrassonográfica muito pobre. Conhecer melhor o perfil dos pacientes é fundamental para otimizar a utilização dos recursos disponíveis, bem como ter um impacto positivo no desfecho clínico desta patologia.

Palavras-chave: Glândula tireoide. Nódulo da glândula tireoide. Ultrassonografia.

Abstract: The thyroid gland is often affected by nodules. About 10% of thyroid nodules are malignant. Thorough anamnesis and detailed physical examination with an emphasis on cervical examination and palpation of the thyroid are essential in the investigation of possible malignancy of the nodules. Complementation with laboratory and imaging tests, with emphasis on thyroid ultrasound, are essential for the indication of aspiration biopsy (FNAB) with greater precision and, consequently, for the indication of thyroid surgery in selected cases. In this study, we observed a higher prevalence of nodular disease in older women, the vast majority being non-toxic multinodular goiter, but with extremely poor ultrasound description. Knowing

¹ Acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, SP. Contato: mariana_c.mendes@hotmail.com, mb_menossi@hotmail.com, julianaguedesm@gmail.com, thaisbueno2@hotmail.com

² Doutorado em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, SP. Contato: sergio.batista@baraodemaua.br

the profile of patients is essential to optimize the use of available resources, as well as having a positive impact on the clinical outcome of this pathology.

Keywords: Thyroid gland. Thyroid nodule. Ultrasonography.

Recebimento: 27/10/2020

Aprovação: 09/12/2020

INTRODUÇÃO

A tireoide normal é uma estrutura homogênea na qual, com muita frequência, observamos a formação de nódulos (PINCHERA, 2007). Os nódulos são lesões arredondadas (ovoides) na glândula, podendo ser únicos (bócios uninodulares) ou múltiplos (bócios multinodulares). Em geral, são assintomáticos, provocando sintomas locais quando alcançam grandes volumes, como disfagia, dispneia, rouquidão e dor local. As principais etiologias dos nódulos são lesões benignas (cistos coloides, tireoidites) ou malignas (carcinomas) (GHARIB, 2007).

Os fatores de risco para lesões malignas são sexo masculino, idade menor que 30 anos ou maior que 60 anos, crescimento progressivo e radioterapia em região cervical. Ao exame clínico, consistência endurecida à palpação, aderência a outras estruturas cervicais, adenomegalias cervicais, rouquidão e disfagia reforçam a suspeita de malignidade (ROSARIO, 2013).

Neste cenário, a avaliação laboratorial e o ultrassom de tireoide (US) são muito úteis para avaliação dos nódulos tireoidianos. Em casos de tireotoxicose, deve-se complementar a investigação com cintilografia de tireoide (POLYZOS, 2007). Alguns achados no US são associados a maior risco de malignidade: hipocogenicidade, microcalcificações, margens irregulares, vascularização central no Doppler, diâmetro anteroposterior maior que o transversal (“altura maior que a largura”), composição sólida, ausência de halo periférico, evidência de invasão ou linfadenopatia ipsilateral (LAGALLA, 1993; CHAMMAS, 2005; ROSARIO, 2013; TESSLER, 2017).

Em geral, nódulos hipocaptantes na cintilografia (“frios”) com pelo menos 1,5cm de tamanho deverão ser puncionados. Nos casos em que se suspeita de

neoplasia maligna, está indicada a cirurgia de retirada completa da tireoide. Adicionalmente, em bócios benignos, porém volumosos com manifestações compressivas, também está indicada a cirurgia (ROSARIO, 2013).

MÉTODOS

Realizamos um estudo transversal baseado em revisão de dados de prontuários médicos de pacientes acompanhados, durante o ano de 2017, no Ambulatório de Endocrinologia da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto (SCMRP). Os dados foram representados na forma de média e desvio-padrão ou em porcentagem, conforme a análise realizada. Este estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá (Número do Parecer: 3.148.204).

RESULTADOS

Dos 33 pacientes portadores de alguma tireoidopatia (hipotireoidismo, hipertireoidismo ou doença nodular) em seguimento no ambulatório em 2017, 12 (36,3%) apresentavam doenças nodulares da tireoide. Desses pacientes, 7 (58,3%) eram do sexo feminino. A média de idade foi $62,6 \pm 14,2$ anos, de peso foi $83,2 \pm 13,3$ Kg, de estatura foi $1,70 \pm 0,10$ m e de IMC foi $30,3 \pm 3,8$ Kg/m². O tempo médio de doença foi de $4,6 \pm 2,7$ anos. A média de TSH foi de $1,5 \pm 1,3$ µUI/mL e T4 livre foi de $1,1 \pm 0,2$ ng/dL.

Dos 12 pacientes, 5 (41,7%) estavam assintomáticos, 4 (33,3%) percebiam nodulação cervical, 1 (8,3%) referia palpitação, insônia e nervosismo, 1 (8,3%) referia ganho de peso e 1 (8,3%) referia incidentaloma. Adicionalmente, 11 (91,7%) possuíam descrição da palpação da tireoide, sendo que 4 (36,4%) possuíam nodulação palpável e 3 (27,3%) possuíam tireoide aumentada.

Com relação à etiologia, 5 (41,7%) pacientes possuíam bócio multinodular atóxico, 4 (33,3%) bócio uninodular atóxico, 2 (16,7%) bócio multinodular tóxico e 1 (8,3%) bócio uninodular tóxico.

Do ponto de vista funcional, um paciente estava em uso de tiamazol devido bócio multinodular tóxico e um estava em uso de levotiroxina em baixa dose devido hipotireoidismo primário associado à doença nodular.

Na avaliação ultrassonográfica, foram visualizados 25 nódulos nos 12 pacientes deste estudo. Em relação à localização, 9 nódulos estavam localizados em lobo tireoidiano esquerdo, 6 nódulos em lobo direito, 1 nódulo em istmo e 9 nódulos sem descrição disponível. Quanto à natureza dos nódulos, 6 eram sólidos, 1 era cístico, 2 eram com degeneração cística e 16 estavam sem dados disponíveis. Na avaliação de ecogenicidade nodular, 5 eram isoecoicos, 3 hipoeicoicos, 1 hiperecoico e 16 não tinham esta descrição disponível. No quesito de contornos dos nódulos, 7 eram regulares, 1 era irregular e 17 não apresentavam descrição de contorno. Em relação ao halo hipoeicoico ao redor, 5 apresentavam halo completo, 3 apresentavam halo ausente e os 17 restantes careciam deste dado. Quanto à presença de calcificações, elas estavam presentes em 3 nódulos, mas sem categorização clara entre micro ou macrocalcificações. As calcificações estavam ausentes em 10 nódulos. Nos 12 nódulos restantes, esta informação não estava disponível. No quesito "altura maior que largura", apesar de as três dimensões estarem descritas em 22 dos 25 nódulos, faltou a clareza nas descrições para identificarmos os diâmetros anteroposterior e transversos. A média do volume nodular observada foi de $8,25 \pm 25,18\text{cm}^3$, sendo o menor volume de $0,02\text{cm}^3$ e o maior volume de $118,78\text{cm}^3$.

Na avaliação pelo Doppler, observamos 5 nódulos com classificação I de Chammas-Lagalla, 4 com classificação II, 6 com classificação III, 1 com classificação IV e nenhum com classificação V. Contudo, não foi descrito o padrão de vascularização nos 9 nódulos restantes. A presença de linfonodos suspeitos ou invasão de tecido adjacente pelo nódulo não foram relatadas em nenhum dos exames de ultrassom.

DISCUSSÃO

A doença nodular tireoidiana representou pouco mais de um terço dos pacientes com tireoidopatias em seguimento no Ambulatório de Endocrinologia da SCMRP. Como esperado, os nódulos tireoidianos foram encontrados predominantemente em pacientes do sexo feminino, mais idosos, sendo a grande maioria assintomática e benigna (HANS, 2004). Adicionalmente, prevaleceram as formas atóxicas dos nódulos tireoidianos, com predomínio dos multinodulares, em concordância com a literatura médica (HANS, 2004).

Apesar da importância da descrição ultrassonográfica detalhada na doença nodular tireoidiana, observamos uma carência destes dados nos exames realizados pelos pacientes em acompanhamento, estando aquém das diretrizes atualmente preconizadas (ROSARIO, 2013; TESSLER, 2017). Por outro lado, muito valorizada antigamente, mas cada vez mais em desuso devido sua fraca correlação com malignidade, a classificação de Chammass-Lagalla através do Doppler foi um dos critérios mais presentes nas descrições dos nódulos avaliados (LAGALLA, 1993; CHAMMAS, 2005; FARIA & CASULARI, 2009).

Diante do exposto, ressaltamos a importância da anamnese minuciosa e o exame físico detalhado com ênfase no exame cervical e na palpação da tireoide, bem como o uso de exames complementares laboratoriais e de imagem, com um apelo para uma melhor qualidade técnica na ultrassonografia de tireoide.

CONCLUSÃO

A doença nodular tireoidiana é uma afecção endócrina relativamente prevalente, sendo que a propedêutica de excelência requer habilidades clínicas bem desenvolvidas e exames complementares, tanto laboratoriais como de imagem, de qualidade técnica impecável. Neste estudo, observamos uma maior prevalência da doença nodular em mulheres mais idosas, sendo a

grande maioria bócio multinodular atóxico, porém com descrição ultrassonográfica muito pobre.

Conflitos de interesse: Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

CHAMMAS, M. C.; GERHARD, R.; OLIVEIRA, I. R.; WIDMAN, A.; BARROS, N.; DURAZZO, M.; FERRAZ, A.; CERRI, G. Thyroid nodules: evaluation with power Doppler and duplex Doppler ultrasound. **Otolaryngol Head Neck Surg.**, v. 132, n. 6, p. 874-882, 2005.

FARIA, M.A.S.; CASULARI, L.A. Comparação das classificações dos nódulos de tireoide ao Doppler colorido descritas por Lagalla e Chammas. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 53, n. 7, p. 811-817, 2009.

GHARIB, H.; PAPINI, E. Thyroid nodules: clinical importance, assessment, and treatment. **Endocrinol Metab Clin North Am.**, v. 36, n. 3, p. 707–717., 2007

HANS, G. Doença nodular de tireoide. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 48, n.1, p. 93-104, 2004.

LAGALLA, R.; CARUSO, G.; ROMANO, M.; MIDIRI, M.; NOVARA, V.; ZAPPASODI, F. Eco-color-Doppler nella patologia tiroidea. **La Radiologia Medica**, v. 85, n. 5, p. 109–113, 1993.

PINCHERA, A. Thyroid incidentalomas. **Horm Res.**, v. 68, n. 5, p. 199-201, 2007.

POLYZOS, S. A.; KITA, M.; AVRAMIDIS, A. Thyroid nodules: stepwise diagnosis and management. **Hormones**, v. 6, n. 2, p. 101-19, 2007.

ROSARIO, P.W.; WARD, L.; CARVALHO, G.; GRAF, H.; MACIEL, R.; MACIAL, L.; MAIA, A.; VAISMAN, M. Nódulo tireoidiano e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 57, n. 4, p. 240-264, 2013.

TESSLER, F. N.; MIDDLETON, W. D.; GRANT, E. G.; READING, C.; SCOUTT, L.; STAVROS, T. ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. **J Am Coll Radiol.**, v. 14, n. 5, p. 587-595, 2017.