

**CONDUTA NO NÓDULO
TIREÓIDE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Hospital Walter Cantídio
Residência em Cirurgia de Cabeça e Pescoço

**CONDUTA NO NÓDULO
DE
TIREÓIDE**

Geamberg Macêdo
Outubro - 2006

INTRODUÇÃO

- **250.000 nódulos/ano detectados nos EUA.**
- **Incidência de nódulo solitário 5.3 em mulheres; e 0,8% em homens (Whickham).**
- **Fundamental na avaliação: indicação cirúrgica.**
- **1 em 20 nódulo palpável é maligno**
- **Patologia: hiperplásico, colóide, cístico, inflamatório, neoplásico.**

HISTÓRIA CLÍNICA

- **O nódulo de tireóide é frequentemente diagnosticado durante exames de rotina, sendo comum o paciente não ter conhecimento do mesmo; sendo assim um dos aspectos mais importantes da avaliação da DNT a exclusão de neoplasia.**

LANSFORD, 2006

RISCO DE CARCINOMA DE TIREOIDE

ALTO RISCO	MODERADO	BAIXO
História familiar de C.A medular	Extremos de idade	Nódulo frio ou quente
NEM II	Rápido crescimento	Hipo ou hipertireoidismo
Crescimento tumoral rápido	Sexo	
Características do nódulo	Linfadenomegalia cervical	
Compressão de via aérea		
PAAF: maligna ou neoplasia folicular		
Paralisia de corda vocal		
História de irradiação		

DIAGNÓSTICO

**HISTÓRIA CLÍNICA
FATORES DE RISCO**



EXAME FÍSICO

**EXAMES
COMPLEMENTARES**

EXAME FÍSICO

- **Tamanho, consistência, fixação**
- **Mobilidade de cordas vocais**
- **Presença de neuromas cutâneos**
- **Investigação de linfadenomegalias**
- **Sinal de Pemberton**

P.A.A.F

- **Exame q fornece informações mais diretas e específicas.**
- **Sensibilidade: 90%, especificidade de 70%, falso negativo: 1-5%.**
- **Reduziu 80% as tireoidectomias**
- **80% dos casos o material é suficiente: claramente benigno, claramente maligno, suspeito, sem diagnóstico.**
- **PAAF negativa não deve superar grande evidência de malignidade**

ULTRASSONOGRAFIA

- **Não invasivo, prontamente acessível**
- **Acompanhamento de nódulo**
- **Detecção de nódulos não palpáveis**
- **Incidentalomas**
- **Fatores preditivos de malignidade**
 - **hipoecogenicidade**
 - **composição sólida**
 - **micro calcificações**
 - **irregularidade**
 - **evidencia de invasão**
 - **aumento da vascularização central ao Doppler**

BIOQUÍMICA

- **TSH**

- **T4, T3**



- **Cálcio ionizado**

- **Calcitonina**

- **Tireoglobulina**

CINTILOGRAFIA

- **Não discrimina doença nodular maligna de benigna.**
- **95% dos nódulos são frios**
- **10-15% dos nódulos frios e 4% dos quentes são malignos.**
- **Usado em pacientes com hipertireoidismo : nódulo tóxico X Graves**

OUTROS EXAMES

- **Rx: avaliar luz traqueal**
- **TC e RNM : avaliar extensão subesternal de bóccios mergulhantes.**
- **PET Scan: incidentalomas identificados: alto risco de malignidade.**

TRATAMENTO

- **Importante na abordagem: afastar malignidade**
- **Nódulos pequenos: observação clínica**
- **Nódulos benignos → cirurgia**
 - **Sintomas compressivos**
 - **Achados clínicos sugestivos de malignidade, apesar de PAAF negativa**
 - **Estética/ opção do paciente**
- **Nódulos malignos**
- **Nódulo Tóxico**

CONCLUSÃO

- **Questionamento principal**
- **História clínica X fatores de risco**
- **Exame físico**
- **USG: característica dos nódulos**
- **PAAF**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **LANFORD, Christopher D. et. Al:**
Evaluation of the Thyroid Nodule.
Cancer Control, abril 2006, vol.13,n.2.
- **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e
Metabologia: Doença nodular da
Tireóide. Vol.48,n.1, São Paulo;
fevereiro, 2004**