TeleCedeba

o Cedeba mais perto de você

Teleconsultoria Especializada

PROTOCOLO NÓDULOS DE TIREOIDE

Estado da Bahia | SECRETARIA DA SAÚDE

2020. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Todos os direitos de edição reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

ORGANIZAÇÃO:

Núcleo Técnico Científico de Telessaúde do Estado da Bahia

Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA)

ELABORAÇÃO:

Caroline Bulcão Souza e Odelisa Silva de Matos

REVISÃO

Daiana Cristina Machado Alves

Érica Lima Costa de Menezes

Flávia Resedá Brandão

REVISÃO GERAL

Flávia Resedá Brandão

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Jamile Neves de Souza Barbosa

DIRETORIA

Reine Marie Chaves Fonseca

REVISÃO TEXTUAL

Mariana de Azevedo Pinto

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO

Mariana de Azevedo Pinto

Fabio Brito dos Reis

COORDENAÇÃO DO PROJETO DE TELECONSULTORIA ESPECIALIZADA

Reine Marie Chaves Fonseca

Flávia Resedá Brandão

Maria das Graças Velanes

Daiana Cristina Machado Alves

Érica Lima Costa de Menezes

EQUIPE TÉCNICA CEDEBA

Ana Cláudia Couto Silva

Ana Luisa Castro Nascimento de Aguiar

Caroline Bulcão Souza

Cícero Fidelis

Fabiana Freire Almeida Silva

Fábio Rogério Trujilho

Flavia Resedá Brandão

Giovanna Novais Feitosa Leite

Julia de Fátima Coutinho

Livia Tavares O Leite

Luciana Santana Leone de Souza

Ludmila Chaves Fonseca

Maria das Graças Velanes de Faria

Maria Palmira Carballido Romero,

Monique Magnavita Borba de Fonseca

Odelisa Silva de Matos

Regilene de Jesus Santos Batista

Renata Peixoto Barbosa

Rosa Maria Mattos Gurgel Brandão

Teresa Arruti Rey

Thaisa Dourado Guedes Trujilho

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO

Fábio Brito dos Reis

Mariana de Azevedo Pinto

TIRAGEM:

1ª edição – 2020 – Versão eletrônica

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

TELESSAÚDE BAHIA – DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Endereço: 4a Avenida 400, Plataforma 6, 1o andar, sala 112B,

Centro Administrativo da Bahia, Salvador/BA CEP: 41.750-300.

Tel.: (71) 3115-4151

Endereço eletrônico: http://telessaude.ba.gov.br/

Material disponível por meio eletrônico no site http://telessaude.ba.gov.br/

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5
2. NÓDULOS DE TIREOIDE 5
3. QUANDO DEVO SOLICITAR US TIREOIDE? 6
4. ANAMNESE E EXAME FÍSICO 6
5. AVALIAÇÃO LABORATORIAL 8
6. FLUXOGRAMA NA AVALIAÇÃO DO NT 9
7. AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA 10
8. MONITORIZAÇÃO DE NT NÃO SUBMETIDOS À PAAF 13
9. LINFONODO SUSPEITO 15
10. INDICAÇÕES DE CIRURGIA 15
11. ACOMPANHAMENTO CLÍNICO 15
12. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA O CEDEBA 16
13. REFERÊNCIAS 17

1. INTRODUÇÃO

O Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia (CEDEBA) , enquanto Centro de Referência, atua na Atenção Secundária e tem como um dos papéis de fundamental importância o matriciamento e suporte especializado à Atenção Primária de Saúde (APS). Sabe-se que a APS é responsável pelo atendimento de grande parte dos casos leves esperados de COVID-19 e que também deve continuar atendendo às pessoas com enfermidades crônicas.

Diante da atual pandemia do COVID-19 e da necessidade de organização do Sistema de Saúde para atender a população de um Estado com grande dimensão territorial, aliado ao crescente movimento para descentralizar atendimentos de pacientes com doenças crônicas, que ainda são realizados na capital do Estado, é imprescindível fortalecer estratégias que possibilitem apoio aos médicos da APS no atendimento à maioria dos pacientes em seu local de origem de forma a agilizar as condutas e controle das enfermidades crônicas.

O Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia, já tendo identificado tal panorama e iniciado fluxo de Serviço em 2019, em parceria com o Núcleo de Telessaúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), ofertará Teleconsultoria Especializada, com objetivo de apoiar os profissionais da APS do Estado da Bahia, no cuidado à população, durante o período de enfrentamento da Pandemia de COVID-19.

Este Protocolo, produzido pelo corpo clÍnico do CEDEBA, tem como objetivo apoiar os profissionais da Atenção Básica no acolhimento, conduta clínica, solicitação de teleconsultorias especializadas e identificação dos casos com necessidade de um cuidado compartilhado com especialistas de pessoas com nódulos de tireoide (NT)

2. NÓDULOS DE TIREOIDE

- São encontrados comumente na população, especialmente através de métodos altamente sensíveis como a ultrassonografia (US).

- Podem ser notados pelo paciente, palpados durante o exame físico da tireoide, ou durante um procedimento radiológico como US cervical ou de carótidas, tomografia computadorizada de tórax ou PET scan.

- Nódulos não palpáveis detectados em exames radiológicos são chamados incidentalomas. Uma vez detectados, esses nódulos incidentais devem ser investigados de acordo com os critérios que serão descritos a seguir.

- Embora a grande maioria dos nódulos sejam benignos, a possibilidade de malignidade precisa ser excluída.

3. QUANDO DEVO SOLICITAR US TIREOIDE?

- Pacientes com sintomas relacionados à região cervical anterior.

- Pacientes com sintomas compressivos na região cervical.

- Pacientes com histórico familiar (primeiro grau) de câncer de tireoide.

- Como complementação da investigação em pacientes com nódulos tireoidianos visíveis ou palpáveis.

- Pacientes com alterações dos hormônios tireoidianos e/ou anticorpos (AAT, anti-TPO, TRAb positivos).

ATENÇÃO: Não é recomendado solicitar US tireoide como método de rastreamento para câncer de tireoide na população em geral devido a sua baixa morbimortalidade.

4. ANAMNESE E EXAME FÍSICO

- Avaliar presença de fatores de risco para malignidade: irradiação de cabeça e pescoço na infância; irradiação de corpo total para transplante de médula; história familiar de câncer de tireoide; história familiar de síndromes associadas a câncer de tireoide; crescimento rápido do nódulo e/ou rouquidão; paralisia de corda vocal; linfadenopatia cervical; fixação dos nódulos a tecidos circunvizinhos.

- Questionar sobre sintomas compressivos: dispneia; disfagia; dor; tosse; edema; rouquidão.

- Realizar a palpação de tireoide e pesquisar presença de linfonodos cervicais.

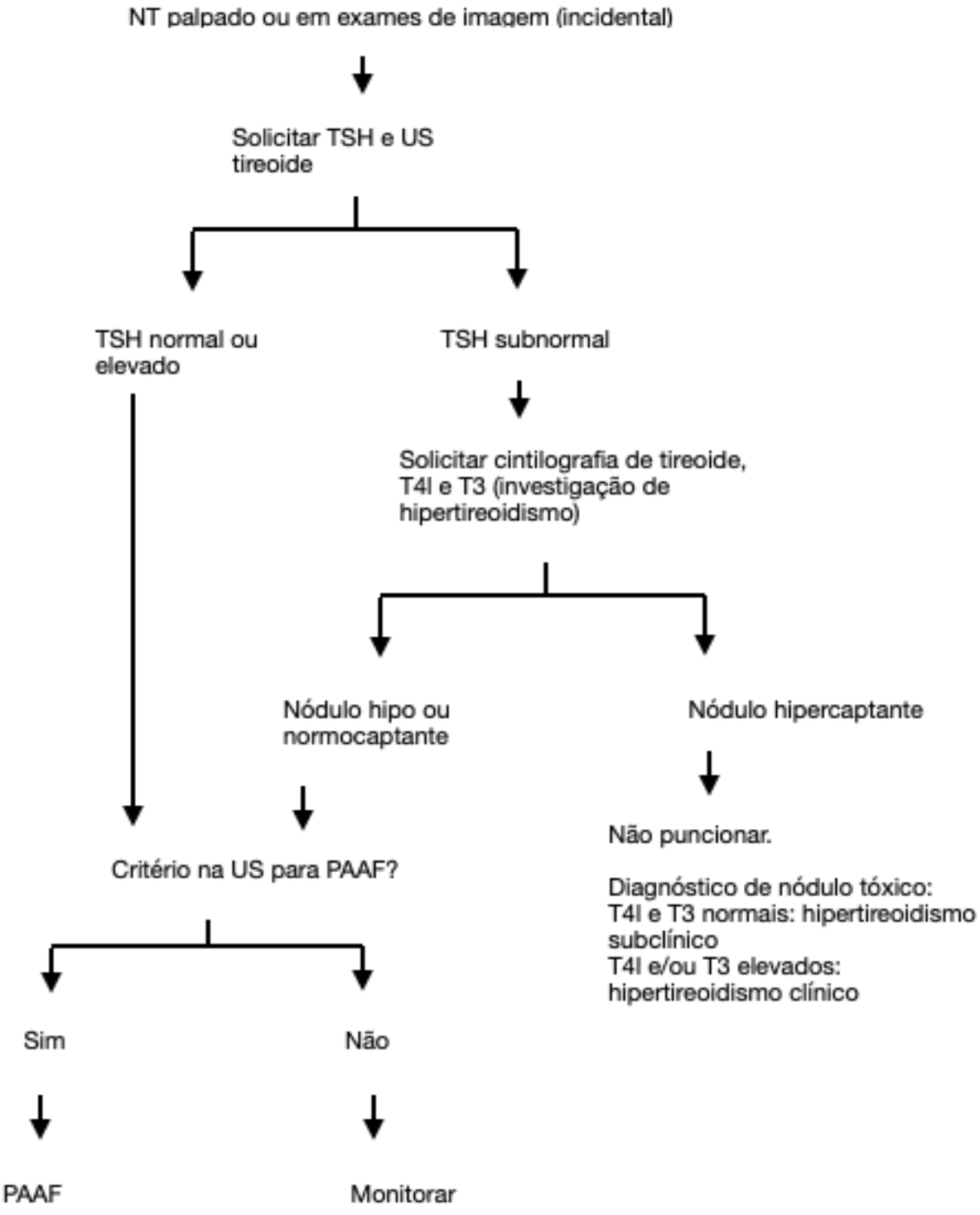
CAUSAS DE NÓDULOS TIREOIDIANOS	
Benignas	Malignas
Bocio multinodular atóxico (BMNA)	Carcinoma papilífero
Tireoidite de Hashimoto	Carcinoma folicular
Cisto Tireoidiano	Carcinoma Medular
Adenoma follicular	Carcinoma anaplástico
Adenoma de células de Hurtle ou oxifílicas	Linfoma da tireoide
	Carcinoma metastático (mama, renal, etc…)

FATORES DE RISCO PARA MALIGNIDADE NA AVALIAÇÃO DE NÓDULOS TIREOIDIANOS
Crianças
Sexo masculino
História prévia de irradiação em cabeça e pescoço; irradiação de todo o corpo para transplante de medula óssea
História familiar (parentes de primeiro grau) de carcinoma de tireoide
Síndromes hereditárias como neoplasia endócrina tipo 2 (MEN II), S. de Cowden, S. Pendred, S. Werner, Complexo Carney e polipose adenomatosa familiar
Nódulos grandes de crescimento rápido e sintomas compressivos
Nódulos endurecidos e aderidos com baixa mobilidade; associados a paralisia de corda vocal ipsilateral; com presença de linfonodomegalia cervical
Nódulos detectados incidentalmente no PET scan de pacientes investigados por cancer

5. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

- TSH deve ser solicitado em todos os pacientes com NT.
- Outros exames laboratoriais como Tireoglobulina ou Calcitonina não são recomendados para avaliação inicial de nódulos.
- Conduta conforme nível de TSH.
- Se TSH baixo ou no limite inferior da normalidade, indicando hipertireoidismo ou hipertireoidismo subclínico, existe a possibilidade do nódulo ser hiperfuncionante.
- Neste caso deve-se solicitar cintilografia de tireoide. Se o nódulo for confirmado como hipercaptante, proceder manejo para nódulo tireoidiano tóxico.
- Nódulos hipercaptantes não devem ser puncionados.
- Se o nódulo for normo ou hipocaptante na cintilografia, solicitar Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) se indicado.
- Se TSH normal ou elevado e o nódulo preenche critério para punção, solicitar PAAF.
- Pacientes com TSH elevado devem realizar investigação adicional para hipotireoidismo.

6. FLUXOGRAMA NA AVALIAÇÃO DO NT



7. AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA

- A Ultrassonografia (US) de tireoide fornece características dos nódulos que podem ser mais ou menos suspeitas e que guiam o médico clínico na decisão de solicitar ou não a PAAF.

- O que deve constar no laudo da US: tamanho da glândula; textura; tamanho do (s) nódulo(s); localização; composição; ecogenicidade; forma; margem; presença de calcificações ou microcalcificações; classificação TI-RADS; pesquisa de linfonodomegalias (compartimento central/lateral).

CARACTERÍSTICAS DA US ASSOCIADAS A MAIOR RISCO DE MALIGNIDADE:
Hipoecogenicidade
Presença de microcalcificações
Margens irregulares
Mais alto do que largo
Presença de halo incompleto
Aumento documentado do nódulo
Calcificação em formato de meia lua com pequena extrusão de tecido mole
Evidência de extensão extratireoidiana
CARACTERÍSTICAS DA US ASSOCIADAS A MENOR RISCO DE MALIGNIDADE:
Hiperecogenicidade
Aparência espongiforme
Presença de sombra acústica em cauda de cometa
Nódulos puramente císticos

➢ **Grau de suspeição de NT e indicação de PAAF de acordo com características US (ATA 2015)**

Grau de suspeição / Risco malignidade	**Alto >70 a 90%**	**Intermediário 10 a 20%**	**Baixo 5 a 10%**	**Muito baixo <3%**	**Benigno <1%**
Caraterísticas	Nódulo sólido hipoecoico OU Parcialmente cístico com componente sólido hipoecoico com 1 ou mais das seguintes características: Margens irregulares; Microcalcificação; Mais alto que largo; Calcificações interrompidas na borda com extrusão do tecido mole; Evidência de extensão extratireoidiana.	Nódulo sólido hipoecoico com: Margem Regular Lisa; sem extensão extratireoidiana; Sem ser mais alto que largo.	Nódulo isoecoico ou hiperecoico OU Parcialmente cístico com áreas sólidas excêntricas Uniformes, sem microcalcificação; sem margem irregular; sem extensão extratireoidiana e sem ser mais alto que largo.	Espongiforme ou Parcialmente cístico sem nenhuma das características suspeitas já descritas.	Puramente cístico.
Indicação de PAAF	Se ≥ 1 cm	Se ≥ 1 cm	Se ≥ 1,5 cm	Se ≥ 2 cm ou apenas observar.	Não realizar.

➢ **Classificação TI-RADS**

- Em 2017, numa tentativa de reduzir as variações e diferentes interpretações da US de tireoide, o Colégio Americano de Cirurgiões propôs um sistema de categorização de características ultrassonográficas em nódulos da tireoide: o Thyroid Imaging Reporting and Data System (TI-RADS).

- O TI-RADS serve também como guia para solicitação de PAAF e monitoramento do NT baseado exclusivamente na aparência ultrassonográfica do nódulo.

Composição		Ecogenicidade		Forma		Margem		Foco ecogênico	
Cístico ou predominantemente cístico	0	Anecoico	0	Mais largo que alto	0	Lisa	0	Nenhum ou grande artefato em cauda de cometa	0
Espongiforme	0	Hiperecoico ou isoecoico	1	Mais alto que largo	3	Bem definida	0	Macrocalcificacões	1
Misto, cístico e sólido	1	Hipoecoico	2			Lobulada ou irregular	2	Calcificacão periferica em meia lua ou rim	2
Sólido ou predominantemente sólido	2	Muito hipoecoico	3			Extensão extratireoidiana	3	Microcalcificações	3

➢ **Risco de malignidade e indicação de PAAF de acordo com categoria TI-RADS**

	Pontos	Risco de malignidade (%)	Tamanho do nódulo para indicar PAAF (cm)
TR1/benigno	0	0,3	PAAF não indicada
TR2/baixa suspeição	2	1,5	PAAF não indicada
TR3/levemente suspeito	3	4,8	2,5
TR4/moderadamente suspeito	4 a 6	9,1	1,5
TR5/altamente suspeito	7 ou mais	35	1,0

➢ **Punção Aspirativa por Agulha Fina – PAAF**

- Os possíveis resultados de citologia obtidos na PAAF estão divididos em seis categorias (Classificação de Bethesda) que conferem risco de malignidade (RM) determinam o manejo/conduta dos nódulos.

- Múltiplos nódulos apresentam o mesmo risco de malignidade de nódulo único, desta maneira, as características individuais de cada nódulo devem ser avaliadas na US e nódulos com características que indiquem punção devem ser submetidos à PAAF**.**

➢ **Classificação de Bethesda com risco de malignidade (RM) e conduta**

ClasseRM (%)	Significado indeterminado	Conduta
I (5-10)	Insatisfatória ou não diagnóstica	Repetir PAAF. Se persistir inconclusivo, decisão de cirurgia ou acompanhamento varia com risco clínico, características US de malignidade, tamanho nódulo e presença de sintomas.
II (0-3)	Benigno	Acompanhamento anual e aumentar intervalo de acompanhamento se nódulo estável. Repetir PAAF em 12 meses se características US de risco ou se crescimento (tabela acima).
III (10-30)	Atipia de significado indeterminado (AUS) ou lesão folicular de significado indeterminado (FLUS	Considerar repetir PAAF em 3-6 meses. Se persistir categoria III, decisão de cirurgia ou acompanhamento varia com risco clínico, características US de malignidade, tamanho nódulo e presença de sintomas. Considerar testes moleculares se disponíveis.
IV(25-40)	Neoplasia folicular ou suspeito para neoplasia follicular	Cirurgia geralmente indicada para diferenciar lesão benigna de maligna. Acompanhamento pode ser realizado em casos selecionados. Considerar testes moleculares se disponíveis.
V (50-75)	Suspeito de malignidade	Encaminhar para cirurgia.
VI(97-99)	Maligno	Encaminhar para cirurgia.

8. MONITORIZAÇÃO DE NT NÃO SUBMETIDOS À PAAF

A frequência de avaliação depende das características do nódulo:

- 6-12 meses: nódulos subcentimétricos (<1 cm) com características suspeitas.
- 12-24 meses: nódulos com grau de suspeição baixo a intermediário.
- 2-3 anos: nódulos com grau de suspeição muito baixo.

- Dependendo da estabilidade do nódulo, a US pode ser solicitada a intervalos maiores de tempo. Nódulos que apresentem aumento de volume e/ou mudança de características devem ser submetidos a PAAF de acordo com as indicações já mencionadas.

➢ **Monitorização de NT submetidos previamente à PAAF**

Grau de suspeição	Alto	**Intermediário**	**Baixo**	**Muito baixo**	**Benigno**
Realização de US/PAAF	Repetir US e PAAF em 12 meses	Repetir US em 12–24 m Se crescimento > 20% em pelo menos duas dimensões com um mínimo aumento de 2 mm ou > 50% de alteração no volume ou desenvolvimento de novas características na US → Nova PAAF	Repetir US em 12–24 m Se crescimento > 20% em pelo menos duas dimensões com um mínimo aumento de 2 mm ou > 50% de alteração no volume ou desenvolvimento de novas características suspeitas na US → Nova PAAF	Repetir US em ≥ 24 m .	Se o nódulo já possui 2 PAAFs com citologia benigna não é indicado vigilância US

➢ **Quando considerar PAAF em NT menores que 1 cm**

- Achados US muito suspeitos como calcificação em formato de meia lua com pequena extrusão de tecido mole e evidência de extensão extratireoidiana.
- Presença de linfadenopatia suspeita associada.
- Proximidade do nódulo com a traqueia e /ou nervo laríngeo recorrente.
- História de irradiação em cabeça e pescoço na infância.
- História de câncer tireoide em 1 ou mais parentes de primeiro grau

➢ **Monitorização dos nódulos sem critérios de PAAF**

Grau de suspeição	Alto	Intermediário	Baixo	Muito baixo	Benigno
Seguimento	US em 6 a 12 meses. Nódulos < 0,5cm não necessitam US de rotina. Considerar repetir US com 2 anos.	US em 12 a 24 meses. Nódulos < 0,5cm Não necessitam US de rotina. Considerar repetir US com 2 anos.	US em 12 a 24 meses. Nódulos < 1cm Não necessitam seguimento com US de rotina.	Considerar US em 2 anos.	Considerar US em 2 anos. Se nódulo cístico volumoso e sintomático avaliar aspiração e/ou alcoolização.

9. LINFONODO SUSPEITO

- Características: microcalcificações; presença de áreas císticas; hiperecogenicidade; aspecto arredondado; eixo > 0,5 cm; ausência de hilo; vascularização periférica.

- Realizar PAAF.

- Dosar tireoglobulina na lavagem do aspirado.

10. INDICAÇÕES DE CIRURGIA

- Cirurgia está indicada em casos suspeitos ou malignos ou se sintomas compressivos (geralmente nódulos maiores 4 cm).

11. ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

- Na ausência de hiper ou hipotireoidismo, não existe tratamento medicamentoso específico para tratamento de NT e o uso de levotiroxina não está indicado para redução de nódulos em pacientes sem hipotireoidismo.

12. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA O CEDEBA

- Pacientes com nódulos de tireoide maiores que 01 cm, atípicos, em USG com foto.
- Pacientes com PAAF indeterminado (III e IV) ou suspeito/maligno (V e VI).
- Nódulo acompanhado de TSH suprimido (provável nódulo hiperfuncionante).
- Nódulo apresentando crescimento rápido ou com sintomas compressivos.

13. REFERÊNCIAS

ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. J Am Coll Radiol. 2017 May;14(5):587-595.

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. 2016 Jan;26(1):1-133.

ROSS, DS Diagnostic approach to and treatment of thyroid nodules. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents//diagnostic-approach-to-and-treatment-of-thyroid-nodules>. Acesso em: 3 abr. 2020.

Thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: update on the Brazilian consensus Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/4.

Thyroid nodules ≤ 1 cm and papillary thyroid microcarcinomas: Brazilian experts opinion. Arch. Endocrinol. Metab. vol.63 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2019.

NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)
Av. Luis Viana Filho, 400, Secretaria da Saúde, CAB
1° andar - Sala 112-B - CEP 41.745-900 - Salvador/Bahia

(71) 3115-9650

telessaudeba

CanalTelessaudeBA

WWW.TELESSAUDE.BA.GOV.BR

comunica.telessaude@saude.ba.gov.br

Estado da Bahia | SECRETARIA DA SAÚDE