

Tireoide

Debora L. Seguro Danilovic, Rosalinda Y Camargo, Suemi Marui

1. ULTRASSONOGRRAFIA

O melhor método de imagem para avaliação da glândula tireoide é a ultrassonografia. Ela está indicada para todos os pacientes com suspeita de disfunção tireoidiana, bócio ou nódulos. Pode ser SIMPLES ou COM DOPPLER COLORIDO.

É um excelente exame para definir a localização e tamanho da tireoide, por não ser invasivo e de fácil execução.

Hipotireoidismo:

Hipoecogenicidade e ecotextura heterogênea da glândula, com aumento da vascularização ao Doppler sugerem etiologia autoimune. Não há necessidade de realizações periódicas se não houver alteração ao exame físico.

Está indicada no diagnóstico etiológico do hipotireoidismo congênito.

Hipertireoidismo:

O aumento difuso da glândula associado à hipoecogenicidade e aumento da vascularização ao Doppler sugere etiologia autoimune (doença de Graves).

A avaliação do volume da glândula é necessária para cálculo de dose de radioiodoterapia. No seguimento, a recuperação da ecogenicidade normal e diminuição da vascularização sugerem remissão da doença de Graves.

Na tireoidite subaguda, observa-se áreas hipoecóicas mal definidas (manchas escuras) com vascularização ausente ou diminuída, auxiliando o diagnóstico diferencial.

Na tireoidite induzida por amiodarona e lítio, a vascularização também pode auxiliar, sendo diminuída ou ausente na destrutiva e aumentada na autoimune.

Nódulos

Todos os nódulos devem ter a descrição de estrutura (sólido, cisto ou misto), ecogenicidade, bordas, tamanho (altura, largura e profundidade) e localização nos lobos

ou istmo. A avaliação das características ultrassonográficas sugestivas de benignidade ou suspeitas para malignidade, auxiliam na seleção dos nódulos para punção aspirativa por agulha fina (PAAF).

Nódulo cístico (cisto simples) não necessita de PAAF.

Nódulo espongiiforme é sugestivo de benignidade (bócio)

As seguintes características são sugestivas de malignidade:

- a) Hipoecogenicidade
- b) Bordas irregulares ou infiltrativas
- c) Presença de microcalcificação
- d) Vascularização predominantemente central
- e) Nódulo com altura > largura (transversal)
- f) Presença de linfonodo suspeito

Devem ser submetidos à PAAF para diagnóstico, nódulos sólidos >0,5 cm em pacientes de alto risco, ou seja, com antecedente pessoal ou familiar de câncer de tireoide, história de radiação externa na infância, PET positivo COM ou SEM características de malignidade.

Todos os nódulos com linfonodos suspeitos (ausência de hilo central hiperecogênico, arredondado, com microcalcificação ou áreas císticas) devem ser puncionados.

Nódulos sólidos hipoecogênicos devem ser puncionados se >1cm.

Nódulos sólidos iso ou hiperecogênicos devem ser puncionados se > 1,5 cm.

Nódulos mistos (sólido com área líquida central ou cisto com área sólida em sua parede). devem ser submetidos à PAAF de acordo com a característica da parte sólida. Se iso ou hiperecoica, PAAF da área sólíd, se > 1,5 cm. Se área sólida apresentar características suspeitas (hipoecogenicidade, microcalcificações), PAAF se > 1,0 cm.

Nódulos espongiiformes devem ser submetidos à PAAF se > 2,0 cm

Seguimento: Nódulos com citologia benigna podem ser acompanhados com exame ultrassonográfico anual e, se não houver crescimento, a cada 2 anos. Não há necessidade de incluir o Doppler colorido no seguimento, a menos que aparecem novos nódulos.

Em nódulos com citologia maligna, é recomendável a realização de ultrassonografia cervical para avaliação de linfonodos cervicais no pré-operatório, pois o diagnóstico de metástase linfonodal muda o planejamento cirúrgico. A ultrassonografia cervical deve citar as localizações de linfonodos suspeitos (nível II a VI)

Carcinoma diferenciado

Em pacientes submetidos à tireoidectomia total por carcinoma diferenciado de tireoide, a ultrassonografia do pescoço, avaliando leito tireoidiano e linfonodos cervicais, deve ser realizada apenas 6 meses após a tireoidectomia. O seguimento deve ser feito a cada 6 meses, juntamente com dosagem de tireoglobulina sérica (Tg) e anticorpo anti-Tg. Se após 1 ano a ultrassonografia do pescoço não apresentar alterações, a Tg for indetectável e anticorpo anti-Tg negativo, a ultrassonografia do pescoço pode ser realizada anualmente.

TOMOGRAFIA DE TÓRAX

Bócio multinodular: Deve ser realizada em bócio mergulhante para avaliar a extensão torácica para planejamento cirúrgico, caso os limites inferiores ao ultrassom não sejam visualizados. Não administrar contraste iodado, risco de tireotoxicose

Câncer de tireoide: Deve ser realizada quando a ultrassonografia cervical não apresentar metástase e a Tg sérica estimulada for > 10 ng/mL. Útil na avaliação de invasão vascular e mediastinal e para detecção de metástase pulmonar.

A detecção de linfonodos é melhor quando realizada **COM CONTRASTE**. Entretanto, lembrar que o uso de iodo radioativo só poderá ser feito após 3 meses. Se metástases linfonodais conhecidas, tomografia cervical com contraste deve ser realizada no pré-operatório para programação da extensão da cirurgia.

2. MAPEAMENTO E CAPTAÇÃO DA TIREOIDE COM IODO 131

Tireotoxicose

Utilizado caso haja dúvida no diagnóstico de tireotoxicose. Na doença de Graves e no bócio uni- ou multinodular tóxico a captação de 2 e 24 horas estão aumentadas, enquanto na tireoidite subaguda e factícia, a captação está ausente ou muito baixa.

Sempre realizada imediatamente antes do tratamento de hipertireoidismo, para o cálculo da dose.

Hipotireoidismo

Não há indicação.

Hipotireoidismo congênito

Padrão-ouro no diagnóstico etiológico do hipotireoidismo congênito. Deve ser feito após suspensão da levotiroxina em pacientes > 3 anos de idade. Identifica tireoide ectópica, ausente e defeitos de síntese.

Nódulo tireoidiano

Indicado apenas se o TSH está baixo ou suprimido na presença de nódulo. Caso o nódulo seja captante (quente), não há necessidade de PAAF.

No bócio multinodular tóxico pode auxiliar na indicação de qual nódulo deve ser submetido a PAAF, quando todos apresentam as mesmas características na ultrassonografia.

Carcinoma diferenciado da tireoide

PCI ou mapeamento de corpo inteiro. Pode ser realizada após suspensão da levotiroxina e TSH > 30 mU/L ou após TSH recombinante.

Antes da dose ablativa: deve ser feita apenas em casos de a) risco intermediário, na presença de variante histológica de evolução desfavorável (papilífero esclerosante difusa, colunar, células altas, sólida, oncocítica, folicular extensamente invasiva, oncocítica, pouco diferenciado), extensão extra-tireoidiana, invasão vascular, metástases linfonodais ; b) alto risco, ou seja, presença de invasão macroscópica, ressecção cirúrgica incompleta, metástases à distancia conhecidas.

PCI após a dose ablativa ou terapêutica: deve ser feita em todos os pacientes, 5 a 8 dias após a dose de radioiodo.

PCI diagnostica pode ser indicada se a tireoglobulina sérica for elevada (> 10 ng/mL sob estímulo) ou estiver em ascensão durante o seguimento, na ausência de metástases na ultrassonografia e na tomografia de tórax.

3. CINTILOGRAFIA COM TECNÉCIO

Como o tecnécio compete com o iodo, mas não é metabolizado, é útil apenas na determinação da localização da tireoide, mas não sua função.

4. TOMOGRAFIA DE ÓRBITAS

Deve ser solicitada apenas nos quadros de exoftalmopatia moderada a grave, diplopia e exoftalmopatia unilateral. Deve ser realizada SEM contraste iodado.

A ressonância de órbitas pode também ser solicitada nos casos agudos de perda visual ou diplopia.