

Modelo ambulatorial de atendimento de nódulo de tireoide

Ambulatory care model thyroid nodule

Estela Figueiredo Vilela¹, Marcia Scolfaro Carvalho²

RESUMO

A prevalência de detecção de nódulos na tireoide através da palpação é de aproximadamente 5%. Essa prevalência sobe para 19 a 67% quando utilizada a avaliação ecográfica. A importância da avaliação clínica dessa entidade está na necessidade de diagnosticar o câncer de tireoide que ocorre em 5 a 10% dos casos. O relato descreve o perfil dos atendimentos realizados no ambulatório de nódulos de tireoide do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti no período de 01/05/17 a 27/07/18 de pacientes que tiveram diagnóstico ultrassonográfico de nódulo de tireoide e realizaram punção aspirativa por agulha fina, a fim de inferir a respeito da capacidade de resolutividade do ambulatório interdisciplinar (endocrinologia e cirurgia de cabeça e pescoço) no diagnóstico e tratamento do câncer de tireoide. A organização do ambulatório com atendimento integral e por equipe multidisciplinar, possibilita uma melhora na qualidade assistencial além de ser elemento facilitador para o ensino, aprendizado e pesquisa.

Descritores: Glândula tiroide; Nódulo da glândula tiroide; Neoplasias da glândula tiroide; Tireoidectomia; Biópsia por agulha fina; Ambulatório hospitalar.

ABSTRACT

The rate of thyroid node detection by touch is approximately 5%. This rate goes up to a range between 19 and 67% when a sonographic evaluation is used. The importance of the clinical evaluation of those thyroid nodes is within the need of diagnosing the cancer that occurs in 5 to 10% of the cases. This paper describes the profile of consultations performed at the Outpatient Clinic Thyroid Node Unit of the Municipal Hospital Dr. Mário Gatti (HMMG) from 01/05/17 to 07/27/18, of patients who had ultrasonographic diagnostics of thyroid node and underwent fine-needle aspiration, in order to draw conclusions about the capacity of the interdisciplinary clinic (Endocrinology and Head and Neck surgery) to diagnose and treat thyroid cancer effectively. The organization of the outpatient clinic, with comprehensive care and multidisciplinary team, enables an improvement in medical assistance as well as facilitating teaching, learning and research.

Keywords: Thyroid gland; Thyroid nodule; Thyroid neoplasms; Thyroidectomy; Biopsy, fine-needle; Hospital outpatient clinic.

INTRODUÇÃO

A prevalência de detecção de nódulos na tireoide através da palpação é de aproximadamente 5%. Essa prevalência sobe para 19 a 67% quando utilizada a avaliação ecográfica. A importância da avaliação clínica dessa entidade está na necessidade de diagnosticar o câncer de tireoide que ocorre em 5 a 10% dos casos.⁽¹⁻⁴⁾

Os carcinomas diferenciados respondem por 90% dos casos de todas as neoplasias malignas da tireoide,

sendo a maioria geralmente de bom prognóstico, com índices de mortalidade similares à população geral se tratados adequadamente e em tempo hábil.^(1,3,5)

A avaliação do paciente inclui uma história clínica detalhada e um exame físico com a palpação cuidadosa da glândula.^(5,6)

Entre os fatores de risco para malignidade estão história de crescimento rápido de nodulação cervical, irradiação de cabeça e/ou pescoço durante a infância, irradiação total para transplante de medula óssea,

¹ Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, Campinas, SP, Brasil.

² Hospital Municipal Dr. Mario Gatti. Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic. Campinas, SP, Brasil.

Data de submissão: Data de aceite:

Fontes de auxílio à pesquisa: nenhuma. **Conflitos de interesse:** nenhum.

Aprovação do comitê de ética e pesquisa: número 3.115.126 (CAAE 03650818.0.0000.5453) pela instituição Hospital Municipal Dr. Mário Gatti.

Autor correspondente: Estela Figueiredo Vilela. Av. Prefeito Faria Lima, 340 - Parque Itália - Campinas, SP - CEP 13036-902

Telefone: 35-98857-8172 - E-mail: estelafigurel@gmail.com

história familiar de câncer da tireoide ou síndromes que o envolvam, como por exemplo, a neoplasia endócrina múltipla tipo 2. Já no exame físico, a presença de nódulos endurecidos e aderidos a estruturas adjacentes, adenomegalia regional, sintomas obstrutivos e paralisia de cordas vocais também falam a favor de malignidade.⁽²⁾

A avaliação laboratorial inclui a dosagem do hormônio tireoestimulante (TSH). A importância dessa dosagem está no fato de que em pacientes com TSH baixo recomenda-se realizar o exame cintilográfico já que se o nódulo for autônomo; a biópsia não é necessária, visto que a incidência de malignidade é bem rara nesses casos. Sendo assim, dependendo do valor da captação do iodo, o tratamento poderá ser com radioiodo apenas. Por outro lado, se as concentrações de TSH estiverem elevadas, a dosagem de anticorpo anti-peroxidase (anti-TPO) deve ser solicitada para confirmar Tireoidite de Hashimoto.⁽⁴⁾

A utilização da ultrassonografia (US) é bastante preconizada para a avaliação da glândula tireoide quando existe a suspeita da presença de nódulos. Algumas características ecográficas como hipoecogenicidade, presença de microcalcificações, margens mal definidas, nódulos sólidos, mais altos que largos e a presença de vascularização central, são usadas para avaliar o risco de malignidade.^(1,3,6,7)

A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) é um procedimento de fácil execução, ambulatorial e de baixo custo que permite determinar o diagnóstico citológico do nódulo. Para a análise utiliza-se a classificação de Bethesda, que possui 6 categorias de acordo com o risco de malignidade, sendo a Classe I (material insuficiente ou insatisfatório), Classe II (benigno), Classe III (atipia de significado indeterminado), Classe IV (suspeito para neoplasia folicular), Classe V (suspeito para malignidade) e Classe VI (maligno).^(5,6,8)

O objetivo desse trabalho foi descrever um modelo de atendimento integrado, clínico e cirúrgico, de nódulos de tireoide em hospital público a partir de registros dos indivíduos atendidos no ambulatório de nódulos da tireoide do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (HMMG) em Campinas/SP no período de 01/05/17 a 27/07/18 que tiveram diagnóstico ultrassonográfico de nódulo de tireoide e realizaram PAAF, enfatizando a importância de um tratamento diferenciado desta patologia para a resolutividade diagnóstica e terapêutica.

RESULTADOS

No período analisado foram registradas 727 consultas.

Desse total, 81 pacientes foram submetidos a PAAF guiado por ecografia. A média de idade foi de 41 anos,

variando de 14 a 73 anos. Houve predomínio do sexo feminino com 79% (64) de mulheres e 21% (17) de homens. A maioria proveniente de Campinas (80%) e referenciados por outras especialidades do próprio hospital (60%). Os motivos principais dos encaminhamentos foram a presença de nódulo de tireoide em ultrassonografia de rotina (82%) e a queixa de disfagia (18%). A tabela 1, apresenta os dados gerais desses pacientes.

As principais características dos nódulos visualizados pela ultrassonografia estão resumidas na tabela 2. Eram predominantemente sólidos (82%), maiores que dois cm (40%), regulares (66%), hipoecogênicos (48%), com vascularização periférica (51%) e únicos (58%). E dos 19 nódulos que possuíam calcificação, a maioria (53%) eram microcalcificações.

A tabela 3 contém o resumo dos resultados citológicos dos 81 pacientes submetidos à punção aspirativa guiada pelo US.

Os pacientes avaliados tiveram, no período de quinze meses, uma média de 3 consultas e aqueles com indicação cirúrgica foram diretamente encaminhados ao ambulatório de anestesiologia do hospital com os exames pré-operatórios já solicitados. O agendamento das cirurgias foi realizado dando prioridade aos pacientes com maior risco de malignidade, seguido daqueles com maior sintomatologia.

Ao todo, dez pacientes (oito mulheres e dois homens) tiveram indicação cirúrgica. Em seis casos a cirurgia foi indicada devido a presença de bócio e sintomas compressivos e apresentavam Bethesda II. No restante, a

Tabela 1. Perfil dos pacientes

Sexo	
Mulheres	80%
Homens	20%
Idade	14 a 73 anos (média 41)
Hipotireoidismo	20%
Hipertireoidismo	4%
Disfagia	18%
Achado via ultrassonografia	82%
Levotiroxina	19%
Cor	
Branco	42%
Negro	9%
Pardo	15%
Não declarado	34%
Região	
Campinas	80%
Fora de Campinas	20%

opção pelo procedimento cirúrgico foi pela suspeita de lesão maligna com Bethesda III e IV.

Desses casos descritos acima, quatro pacientes conseguiram operar dentro do período de quinze meses avaliado pelo estudo. Metade deles apresentavam Bethesda II e a outra metade Bethesda III.

Uma paciente do sexo feminino, que apresentava Bethesda III pela punção, teve, pós tireoidectomia total, diagnóstico confirmado de câncer papilífero variante folicular com metástase linfonodal. A indicação cirúrgica desse caso foi justificada pela história de crescimento rápido do nódulo e presença de linfonodos cervicais ao exame físico.

Tabela 2. Características dos nódulos

Margens	
Regulares	66%
Irregulares	34%
Consistência	
Sólido	82%
Misto (sólido e cístico)	18%
Aspecto ultrassonográfico	
Hipoecoico	48%
Hiperecoico	22%
Isoecoico	30%
Vascularização	
Central	6%
Periférica	51%
Central + periférica	16%
Avascular	27%
Calcificação	
Grosseiras	47%
Microcalcificações	53%
Tamanho	
<0,5cm	16%
0,5 a 1,5cm	31%
1,5 a 2cm	13%
>2cm	40%
Número	
Nódulo único	58%
≥dois nódulos	42%

Tabela 3. PAAF

Bethesda I	16%
Bethesda II	75,3%
Bethesda III	6,2%
Bethesda IV	2,5%

A outra paciente que também apresentava Bethesda III foi abordada com tireoidectomia total devido a presença de bócio com crescimento importante e teve, como resultado do anatomopatológico, carcinoma papilífero de células oxifílicas e bócio multinodular.

Os dois outros casos abordados, eram ambos do sexo masculino, com Bethesda II pela punção. O primeiro, fez tireoidectomia total por bócio mergulhante e o segundo, com queixa de disfagia, foi submetido à tireoidectomia parcial. Os resultados dos anatomopatológicos foram bócio nodular colóide e adenoma folicular da tireoide respectivamente.

Vale ressaltar que o atraso na abordagem da maioria dos casos se deu por dificuldades em conseguir realizar exames complementares pre-cirúrgicos como tomografia e cintilografia, além da dificuldade de vaga no centro cirúrgico.

Nossos resultados mostram que as incidências encontradas de citologias classificadas como amostra insuficiente (16%) e indeterminada (6,2%), estão de acordo com a literatura, que propõe de 2 a 20% para Bethesda I e de 2 a 18% para Bethesda III, sendo o ideal deste último não ultrapassar 7%.^(3,9) Além disso, no valor encontrado de 16% de material insuficiente, também deve ser levado em consideração o fato das punções serem realizadas por médicos residentes ainda em processo de aprendizado e aprimoramento, sob supervisão.

DISCUSSÃO

Poucos hospitais de ensino contam uma estrutura semelhante a que está sendo oferecida através desse ambulatório. Desde o seu início em 2017, as condutas estão sempre sendo atualizadas seguindo as recomendações dos últimos consensos. Hoje o ambulatório realiza ao mês aproximadamente 80 consultas, 24 exames de ultrassonografia de tireoide e 15 punções aspirativas. O material da punção é encaminhado ao laboratório e o resultado é liberado no prazo médio de 30 dias.

Os pacientes do ambulatório são atendidos pelos residentes do serviço sob a supervisão do Dr. José Higinio Steck (cirurgião de cabeça e pescoço) e a Dra. Marcia Scolfaro Carvalho (endocrinologista).

O diferencial do serviço é a possibilidade de, num mesmo momento, o paciente passar em consulta com o especialista, realizar a ultrassonografia da tireoide e quando necessário a PAAF em seguida. A coexistência das duas especialidades permite um parecer clínico e cirúrgico do caso e torna as discussões mais amplas sobre a melhor conduta. Trata-se de um ambulatório que além de assistencial é formativo pois conta com a participação de residentes e acadêmicos de medicina.

A ultrassonografia de tireoide é disponibilizada no serviço público, realizada por radiologistas, com agendamento em locais diferentes do atendimento inicial, o que além de dificultar a mobilidade dos pacientes, atrasa o diagnóstico e o seguimento.⁽⁸⁾

A maioria dos pacientes atendidos atualmente ainda são equivocadamente encaminhados das unidades básicas de saúde para os ambulatorios de endocrinologia ou de cabeça e pescoço do próprio hospital, para posteriormente serem direcionadas ao ambulatório de nódulos da tireoide. Isso leva a um atraso médio de 6 meses para a primeira avaliação no ambulatório específico. Além disso, percebe-se o despreparo dos generalistas ao lidar com esse assunto, encaminhando o paciente muitas vezes sem ter feito um inquérito abordando os fatores de risco para câncer de tireoide e um exame físico apropriado. A tendência atual é de que com esse novo modelo de atendimento especializado em nódulos de tireoide, os pacientes sejam encaminhados diretamente ao ambulatório a fim de minimizar o tempo de espera para agendamento de consultas, realização de exames e cirurgias.

Em setembro deste ano, para melhor uniformização das condutas e diminuição de procedimentos invasivos desnecessários, o ambulatório começou a utilizar um sistema de categorização chamado *Thyroid*

Imaging Reporting and Data System (TI-RADS). Esse sistema foi inicialmente publicado em 2009, por Horvath et al.,⁽¹⁰⁾ e Park et al.,⁽¹¹⁾ e desde então vem sendo adaptado por diversas sociedades. Em maio de 2017, foi publicado pelo comitê americano de radiologistas, no *Journal of the American College of Radiology*, o ACR TI-RADS, com o propósito de facilitar o manejo nas condutas dos nódulos de tireoide. Essa classificação vai de 1 a 5. Os achados ultrassonográficos levados em consideração são: composição, ecogenicidade, formato, margem e focos ecogênicos. A cada uma dessas características é atribuído de zero a três pontos. Quanto maior o escore cumulativo, maior a probabilidade de malignidade (Algoritmo 1).^(4,7,8,12)

Porém, este algoritmo baseia-se apenas em critérios ultrassonográficos, não considerando a presença de linfonodomegalia, aderência a estruturas adjacentes, nódulo de consistência endurecida ou de crescimento rápido e fatores de risco do paciente. Portanto, apesar do esforço dos pesquisadores, ainda não há consenso sobre a classificação e discute-se muito sobre os critérios a serem seguidos para uma condução segura e eficaz. A individualização dos casos se faz absoluta e necessária para indicar o procedimento de punção e conduzir o caso da melhor forma.^(4,8,12)

Algoritmo 1. ACR TI-RADS

ACR TI-RADS									
Composição (escolha 1)		Ecogenicidade (escolha 1)		Formato (escolha 1)		Margens (escolha 1)		Focos ecogênicos (escolha todos que forem encontrados)	
Cístico ou quase totalmente cístico	0 pontos	Anecoico	0 pontos	Mais largo do que alto	0 pontos	Lisas	0 pontos	Nenhum ou artefatos em cauda de cometa	0 pontos
Espongiforme	0 pontos	Hiperecoico ou isoecoico	1 ponto	Mais alto do que largo	3 pontos	Mal definidas	0 pontos	Microcalcificações	1 ponto
Misto de sólido e cístico	1 ponto	Hipoecoico	2 pontos			Lobuladas	0 pontos	Calcificações grosseiras	2 pontos
Sólido ou quase totalmente sólido	2 pontos	Muito hipoecoico	3 pontos			Fora da tireoide	3 pontos	Focos ecogênicos ponteados	3 pontos
Some os pontos marcados em todas as categorias									
0 pontos		2 pontos		3 pontos		4 a 6 pontos		7 pontos ou mais	
TR1		TR2		TR3		TR4		TR5	
Benigno		Não suspeito		Pouco suspeito		Moderadamente suspeito		Altamente suspeito	
Sem PAAF		Sem PAAF		PAAF se $\geq 2,5$ cm acompanhar se $\geq 1,5$ cm		PAAF se $\geq 1,5$ cm acompanhar se ≥ 1 cm		PAAF se ≥ 1 cm acompanhar se $\geq 0,5$ cm	

Fonte: Adaptado de Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, Hoang JK, Berland LL, Teefey SA, et al. ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): white paper of the ACR TI-RADS Committee. J Am Coll Radiol. 2017;14(5):587-95. Comment in: J Am Coll Radiol. 2017;14(12):1522. J Am Coll Radiol. 2018;15(3 Pt A):380-1.¹²

CONCLUSÃO

A organização do ambulatório de nódulos de tireoide, com atendimento integral e por equipe multidisciplinar, possibilita uma melhora na qualidade assistencial além de ser elemento facilitador para o ensino, aprendizado e pesquisa.

A programação é de nos próximos anos criar o “Centro Integrado de Excelência em Doenças de Tireoide” e conseguir incluir um patologista na equipe. Desse modo, o material extraído da punção, seria imediatamente analisado pelo especialista e em caso de material insuficiente, a coleta seria feita no mesmo momento. Isso evitaria retardo no diagnóstico e consequentemente no tratamento. Além do mais, seria possível reduzir o tempo médio de liberação do resultado da citologia, para um período de 20 dias.

Diante do fato do câncer de tireoide ser uma doença de bom prognóstico se adequadamente tratada, fica em evidência o benefício geral do ambulatório de nódulos da tireoide para a população atendida e o destaque ao hospital em implementá-lo.

REFERÊNCIAS

1. Bastin S, Bolland MJ, Croxson MS. Role of ultrasound in the assessment of nodular thyroid disease. *J Med Imaging Radiat Oncol.* 2009;53(2):177-87.
2. Durante C, Grani G, Lamartina G, Filetti S, Mandel SJ, Cooper DS. The diagnosis and management of thyroid nodules: a review. *JAMA.* 2018;319(9):914-24. Erratum: *JAMA.* 2018;319(15):1622.
3. Reuters KB, Mamone MC, Ikejiri ES, Camacho CP, Nakabashi CC, Janovsky CC, et al. Bethesda classification and cytohistological correlation of thyroid nodules in a Brazilian Thyroid Disease Center. *Eur Thyroid J.* 2018; 7(3):133-8.
4. Rosário PW, Ward LS, Carvalho GA, Graf H, Maciel RM, Maciel LM, et al. Nódulo tireoidiano e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013;57(4):240-64.
5. Freitas A, Sousa I, Reis A, Fernandes R, Pinheiro L. Abordagem diagnóstica do nódulo tireoideu: indícios clínicos e imagiológicos de malignidade. *Acta Otorrinolaringológica Gallega.* 2017;10(1):91-103.
6. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 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;26(1):1-133. Comment in: *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2016;43(2):221-3. *Thyroid.* 2016;26(2):319-21. *Endocrine.* 2017;56(2):442-5. *Endocrine.* 2017;57(2):359-60.
7. Rahal Junior A, Falsarella PM, Rocha RD, Lima JPBC, Iani MJ, Vieira FAC, et al. Correlation of thyroid imaging Reporting and Data System [TI-RADS] and fine needle aspiration: experience in 1,000 nodules. *Einstein (São Paulo).* 2016;14(2):119-23.
8. Leite VC. O impacto das novas formas de diagnóstico inicial do câncer de tireoide na saúde pública. (Trabalho de conclusão de curso) Brasília: Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília; 2015.
9. Moniz C, Saraiva C, Limbert C, Simões H, Carriço M, Vasconcelos C, et al. O seguimento de lesões foliculares de significado indeterminado na citologia de nódulos da tireoideia. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.* 2016;11(1):2-5.
10. Horvath E, Majlis S, Rossi R, Franco C, Niedmann JP, Castro A, et al. An ultrasonogram reporting system for thyroid nodules stratifying cancer risk for clinical management. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(5):1748-51.
11. Park JY, Lee HJ, Jang HW, Kim HK, Yi JH, Lee W, et al. A proposal for a thyroid imaging reporting and data system for ultrasound features of thyroid carcinoma. *Thyroid.* 2009;19(11):1257-64.
12. Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, Hoang JK, Berland LL, Teefey SA, et al. ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): white paper of the ACR TI-RADS Committee. *J Am Coll Radiol.* 2017;14(5):587-95. Comment in: *J Am Coll Radiol.* 2017;14(12):1522. *J Am Coll Radiol.* 2018;15(3 Pt A):380-1.