

SERÁ NECESSÁRIA CIRURGIA?

Na maioria das vezes, a citologia vai confirmar a benignidade do nódulo. Um nódulo benigno só necessita de cirurgia se for muito volumoso e comprovadamente causar compressão das estruturas adjacentes, ou se por razões estéticas se essa for a opção do doente.

A cirurgia também pode ser uma opção para os nódulos tóxicos (que provocam hipertiroidismo) se volumosos e especialmente se o doente for jovem.

Os nódulos malignos ou suspeitos de malignidade na citologia são os que obrigatoriamente requerem cirurgia. Há ainda situações em que a citologia, mesmo que repetida não permite um diagnóstico de benignidade definitivo. Nestes casos a cirurgia poderá ser uma opção terapêutica a discutir com o doente.

EXISTEM OUTROS TRATAMENTOS?

Nas situações de nódulo tóxico ou bócio multinodular tóxico, opta-se frequentemente pelo tratamento com iodo radioativo. É um tratamento simples, não invasivo e seguro, com o qual se obtém a resolução do hipertiroidismo e habitualmente, a redução do tamanho do nódulo.

Nas situações em que se documenta um hipotiroidismo o tratamento com hormona tiroideia (levotiroxina) é mandatário.

A chamada terapêutica supressiva da TSH com levotiroxina, em doentes com função tiroideia normal, não tem interesse na maior parte dos casos podendo ser ponderada em função do doente.

Na maior parte dos casos o nódulo tiroideu não tem indicação para ser tratado. Uma vez comprovada a benignidade, impõe-se a vigilância clínica e ecográfica ao longo dos anos.

Para mais informações contactar:



Grupo de Estudo da Tiroide
Sociedade Portuguesa de Endocrinologia,
Diabetes e Metabolismo



Rua Pedro Monjardino, N.º 1B, 1º Dto - 1600-892 Lisboa
Tel.: 21 721 05 48 • Fax: 21 721 05 66

<http://www.spedm-tiroide.org>
E-mail: spedm@netcabo.pt

Produzido com o patrocínio:



0170/05/2014

Nódulos da tiroide

Nódulos da tiroide

O QUE SÃO NÓDULOS DA TIROIDE?

A tiroide é uma glândula endócrina (isto é, um órgão que produz hormonas e que as liberta na circulação para poderem exercer a sua ação em órgão alvo à distância), localizada na porção anterior e inferior do pescoço. Não tem qualquer relação direta com as vias digestiva ou respiratória. A tiroide pode sofrer um aumento das suas dimensões (bócio). Esse aumento pode ser difuso ou mais localizado. Neste último caso assume em geral uma forma oval ou arredondada a que chamamos nódulo da tiroide.

QUE TIPOS DE NÓDULOS PODEM EXISTIR?

Os nódulos podem ser únicos ou múltiplos, como acontece no bócio multinodular. Quanto ao seu conteúdo os nódulos podem ser sólidos, mistos ou quísticos, quando o interior é apenas líquido.

Em geral os nódulos da tiroide não alteram a produção das hormonas tiroideias. No entanto, por vezes produzem de forma não controlada mais hormona que o normal (autonomização do nódulo) e podem provocar um hipertiroidismo (aumento da secreção das hormonas tiroideias). Quando isto acontece os nódulos são chamados tóxicos e se houver vários com estas características falamos de bócio multinodular tóxico. Relativamente à natureza, os nódulos podem ser benignos ou malignos.

Nas inflamações da tiroide (tiroidites) a glândula também sofre uma alteração da sua estrutura podendo apresentar verdadeiros nódulos ou pseudonódulos (assemelham-se a nódulos mas não o são); em geral estes nódulos são de pequenas dimensões e benignos.

QUAL A CAUSA?

Não há um fator isolado que cause o aparecimento de nódulos. Sabe-se que em algumas circunstâncias são mais frequentes: história familiar de nódulos, deficiência de iodo, idade avançada ou sexo feminino.

QUAL A FREQUÊNCIA?

São muito frequentes, principalmente no sexo feminino. Pelos 60 anos de idade, cerca de 50% da população tem nódulos da tiroide detetados na ecografia.

QUAL O RISCO DE SEREM MALIGNOS?

Apenas cerca de 5 a 10% dos nódulos da tiroide são malignos. Alguns fatores aumentam esse risco como o são: as idades extremas (menos que 20 ou mais que 70 anos), o sexo masculino, a história pessoal ou familiar de cancro da tiroide, ter antecedentes de radioterapia do pescoço ou exposição a grandes doses de radiação, como nos acidentes nucleares. Há algumas características clínicas que aumentam a suspeição de malignidade, como o são o crescimento rápido, a dureza do nódulo ou a sua aderência ao tecido circundante.

QUAIS OS SINTOMAS?

Na maioria das vezes são assintomáticos. Habitualmente são detetados a olho nu, na palpação do pescoço ou por acaso num exame realizado por outro motivo (acidentalomas). Podem ainda ser encontrados no decorrer do estudo de alterações da função tiroideia (hipertiroidismo ou hipotiroidismo).

Raramente e quando volumosos os nódulos da tiroide podem causar compressão das estruturas vizinhas e provocar dificuldades em respirar ou em engolir. Mais raro ainda é um nódulo maligno invadir o nervo que controla as cordas vocais e causar rouquidão. Apenas causam dor quando aumentam subitamente de dimensões devido a hemorragia no seu interior.

QUE EXAMES FAZER?

ECOGRAFIA

A confirmação da suspeita da existência de um nódulo da tiroide é feita através de ecografia, o melhor exame para estudar a glândula. Com este exame verifica-se a existência de um ou mais nódulos, as suas reais dimensões, bem como as características ecográficas do(s) nódulo(s) que nos podem orientar sobre a suspeita ou não de malignidade.

No exame ecográfico é também importante avaliar as características do tecido tiroideu restante e dos gânglios linfáticos cervicais se presentes.

ANÁLISES

Para além da ecografia é necessário estudar a função tiroideia, através do doseamento dos níveis de uma das hormonas tiroideias (habitualmente a que é produzida em maior quantidade – levotiroxina ou T4) e da sua hormona estimuladora, a TSH. Geralmente estes valores são normais mas podemos detetar situações de hipo- ou de hipertiroidismo.

Perante uma suspeita de tiroidite (inflamação da tiroide) o médico pode solicitar o doseamento de anticorpos específicos.

CINTIGRAFIA

A cintigrafia não é um exame de rotina na avaliação da patologia nodular da tiroide. Está indicada nas situações de hipertiroidismo para avaliarmos se o nódulo é a causa da hiperfunção. Se assim for (nódulo "quente" na cintigrafia), não será necessário mais nenhum exame para avaliar o risco de malignidade, assumindo-se que o nódulo é benigno.

CITOLOGIA ASPIRATIVA COM AGULHA FINA

A avaliação da natureza benigna ou maligna do nódulo, e excluindo os nódulos "quentes" já referidos, é feita através da citologia aspirativa com agulha fina. Não é necessário fazer citologia a todos os nódulos. Se não houver fatores de risco (clínicos ou ecográficos), só serão analisados os nódulos sólidos com mais que 10-15 mm, ou os nódulos mistos superiores a 15-20 mm, em função do critério do médico. Os quistos simples (sem componente sólido) são sempre benignos; só necessitam de citologia para alívio de pressão quando são muito volumosos.