

NÚMERO: 019/2013
DATA: 26/11/2013
ATUALIZAÇÃO: 16/06/2015

ASSUNTO: Abordagem Diagnóstica do Nódulo da Tireoide em Idade Pediátrica e no Adulto
PALAVRAS-CHAVE: Tireoide
PARA: Médicos do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de Janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte:

NORMA

1. O rastreio ecográfico da patologia nodular da tireoide não está indicado na população em geral (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIb) ^{1,2,3}.
2. O diagnóstico clínico ou imagiológico incidental de patologia nodular da tireoide obriga à realização de ecografia da tireoide para a confirmação (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ^{1,2,3}, devendo o estudo ecográfico incluir a avaliação dos compartimentos ganglionares cervicais, com particular atenção ao compartimento central (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIa) ^{1,2,3}.
3. O diagnóstico de patologia nodular da tireoide implica a avaliação laboratorial da função tiroideia que inclui o doseamento da Hormona Estimulante da Tireoide (TSH) (consultar a Norma 039/2011 "Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação e Monitorização da Função Tiroideia") (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I) ^{1,2,3,4,5,6,7}.
4. A cintigrafia não deve ser prescrita por rotina no estudo da patologia nodular da tireoide (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação III) ^{1,2,3}.
5. Os doentes com TSH baixa devem efetuar cintigrafia da tireoide para confirmar ou excluir nódulo hiperfixante (nódulo quente), (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I) ^{1,2,3}.
6. O doseamento por rotina da tireoglobulina sérica, não está indicado na avaliação dos nódulos da tireoide (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação III) ^{2,3}.
7. O doseamento da calcitonina sérica está indicado em:
 - a) Idade pediátrica, até aos 18 anos (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ^{3,4,8,9}; e
 - b) Quando existe (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I) ^{2,3,4,7}:

- i. Suspeita clínica; ou
 - ii. Suspeita citológica; ou
 - iii. Antecedentes familiares de carcinoma medular da tiroide (CMT) ou de neoplasia endócrina múltipla tipo 2 (NEM 2).
8. A confirmação ecográfica de nódulo da tiroide obriga a decisão, devidamente fundamentada no processo clínico, sobre a realização ou não de citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) da tiroide, o método de eleição, para a avaliação do risco de malignidade dos nódulos tiroideus (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)^{2,3,4,5,10,11}.
9. A CAAF deve ser realizada preferencialmente sob controlo de ecografia (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)^{2,3}.
10. A CAAF guiada por palpação pressupõe a realização de ecografia prévia (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)^{2,3}.
11. A CAAF deve ser sempre efetuada sob controlo ecográfico em (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)^{2,3,4,6,7}:
 - a. Nódulos não palpáveis ou de difícil palpação; ou
 - b. Nódulos com componente quístico superior a 50%.
12. Não existem contra-indicações absolutas para a realização de CAAF da tiroide. Existem, todavia, contra-indicações relativas, que devem ser consideradas antes de se decidir efetuar o procedimento. Estas incluem:
 - a) Coagulopatia significativa de difícil correção;
 - b) Compromisso cardiorrespiratório severo, instabilidade hemodinâmica ou estágio terminal de doença;
 - c) Ausência de um trajeto seguro entre a pele e a lesão;
 - d) Impossibilidade de obter a colaboração do doente ou de o posicionar adequadamente.
13. Os relatórios dos exames de citologia aspirativa da tiroide devem ser efetuados segundo o modelo e terminologia propostos na versão adaptada para português da classificação de Bethesda, elaborada pela Sociedade Portuguesa de Citologia, disponível em www.spcitologia.org.

14. Deve ser obtido o consentimento informado escrito de todos os doentes submetidos a CAAF da tiroide, integrado no processo clínico ⁸.
15. Quando existe cintigrafia da tiroide prévia só devem ser considerados para CAAF nódulos hipofixantes (frios) ou isofixantes (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIa) ^{1,2,3}.
16. A indicação para CAAF em nódulos da tiroide está dependente de (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ^{1,2,3,4,5,6,7}:
- a) Dimensão;
 - b) Ecoestrutura interna (sólida, mista ou quística);
 - c) Presença de risco clínico de malignidade aumentado e/ou critérios ecográficos de suspeição.
17. São considerados critérios ecográficos suspeitos para a indicação de CAAF (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ^{1,2,3,4,5,6,7}:
- a) Nódulo sólido hipoecogénico;
 - b) Presença de microcalcificações;
 - c) Hipervascularização intranodular;
 - d) Margens irregulares ou mal definidas;
 - e) Diâmetro anteroposterior > diâmetro transversal;
 - f) Invasão de tecidos extratiroideus; e
 - g) Adenopatias cervicais.
18. Considera-se risco clínico de malignidade aumentado para a indicação de CAAF (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ^{1,2,3}:
- a) Idade < 14 anos ^{3,6};
 - b) Exposição a radiação da região tiroideia na infância ou adolescência; cancro da tiroide ou NEM 2 em familiar de 1º grau;
 - c) Antecedentes pessoais de patologia com risco acrescido de cancro da tiroide (polipose adenomatosa familiar, complexo de Carney, síndrome de Cowden ou síndrome de McCune-Albright);

- d) Hiperfixação focal em localização tiroideia na tomografia de positrões com fluorodesoxiglucoose marcada com F 18 (PET com 18F-FDG) ou na cintigrafia das glândulas paratiroideias;
 - e) História pessoal de cirurgia prévia por cancro da tiroide;
 - f) Nódulo duro e aderente à palpação;
 - g) Crescimento nodular rápido e progressivo;
 - h) Sintomatologia compressiva ou infiltrativa cervical (incluindo paresia/paralisia de cordas vocais);
 - i) Presença de adenomegalia cervical suspeita;
 - j) Valor elevado de calcitonina.
19. Nódulos <10 mm sem critérios ecográficos suspeitos ou sem risco clínico aumentado não têm indicação para CAAF (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ^{1,2,3}.
20. Na ausência de critérios ecográficos suspeitos e não havendo risco clínico aumentado, a CAAF está indicada nos seguintes casos (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIb) ^{1,2,3,4,5,6,7}:
- a) Nódulos sólidos com maior dimensão ≥ 10 -15 mm (de acordo com critério clínico);
 - b) Nódulos mistos com maior dimensão ≥ 15 -20 mm (de acordo com critério clínico);
 - c) Nódulos quísticos puros com maior dimensão ≥ 40 mm e principalmente por indicação terapêutica (redução de volume).
21. Os nódulos com critérios ecográficos suspeitos e/ou risco clínico aumentado têm indicação para CAAF se dimensão ≥ 10 mm (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIa) ^{1,2,3,4,6,7}.
22. Nos nódulos < 10 mm, com critérios ecográficos suspeitos e/ou risco clínico aumentado pode ainda ser considerada a CAAF se tecnicamente possível e sempre de acordo com critério clínico devidamente justificado no processo clínico (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIb) ^{1,2,3,4,6,7}.
23. No bócio multinodular, o risco de cancro é semelhante ao do nódulo solitário:
- a) Assim, deve ser considerada a indicação para CAAF em todos os nódulos que obedecem aos critérios estabelecidos para o nódulo único da tiroide (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIa) ^{1,2,3,4,5,6,7};

- b) Se os nódulos forem muito numerosos pode ser considerada apenas a punção dos nódulos mais suspeitos de acordo com a dimensão, proporção de componente sólido, critérios ecográficos suspeitos e características cintigráficas (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIb) ^{1,2,3}.

24. A citologia não diagnóstica (de acordo com classificação de Bethesda) deve ser repetida com controlo ecográfico.

25. Devem ser referenciados para centro de tratamento especializado, a efetuar no prazo máximo de 30 dias (com carácter de urgência), todos os doentes com os seguintes diagnósticos citológicos (classificação de Bethesda):

- a) Não diagnóstica que persiste após repetição;
- b) Lesão folicular de significado indeterminado;
- c) Tumor folicular;
- d) Suspeita de malignidade
- e) Diagnóstico de malignidade (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIa) ^{2,3,6,7}.

26. A vigilância da patologia nodular da tiroide, após realização de CAAF de nódulos com essa indicação e com resultados citológicos de benignidade, deve incluir:

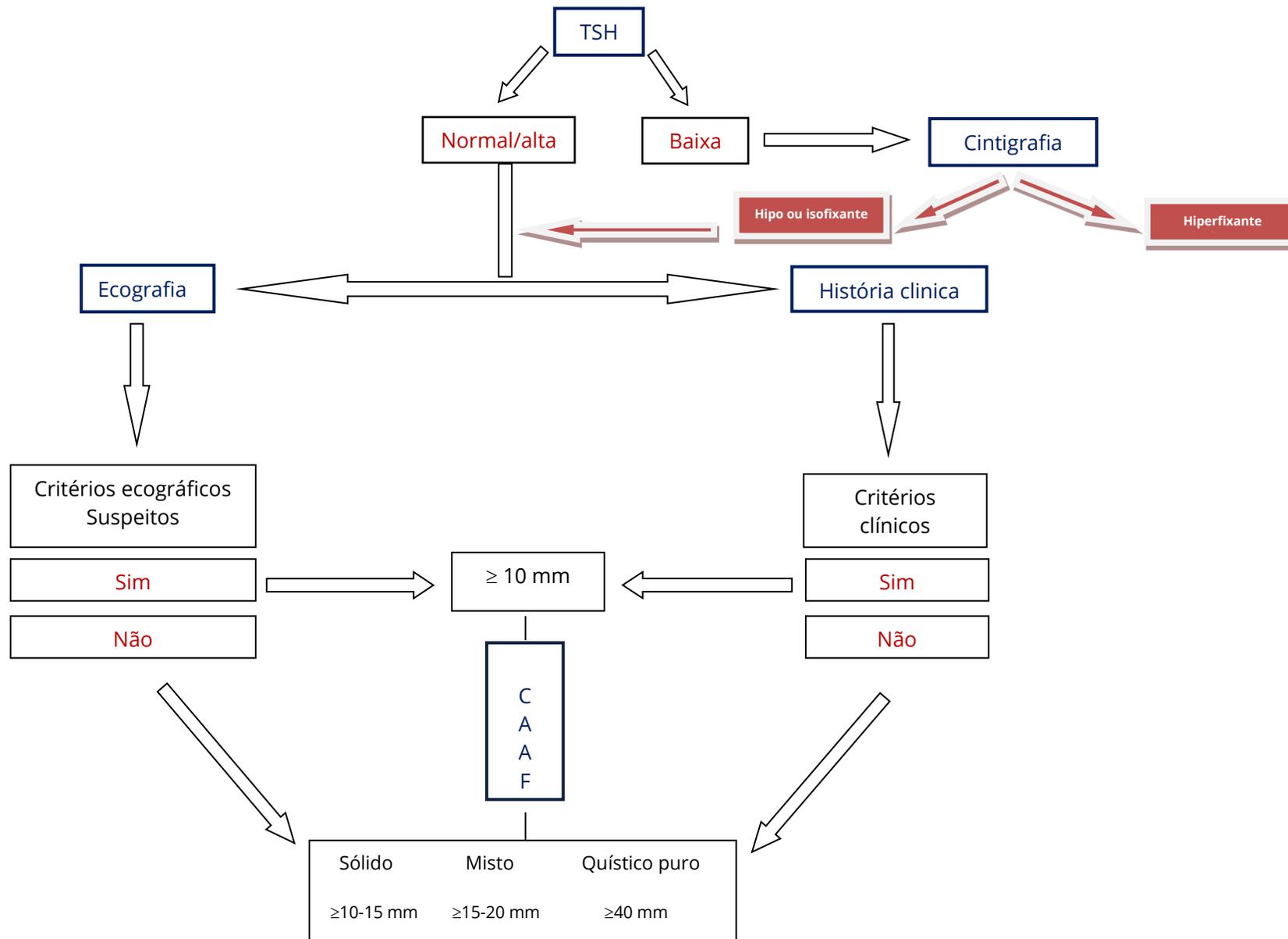
- a) Uma reavaliação inicial nos 6-18 meses seguintes: clínica, ecográfica e analítica (doseamento da TSH) (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIb) ^{1,2,3,4,5,6,7};
- b) Um seguimento posterior com periodicidade definida de acordo com a evolução da doença (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIb) ^{2,3};

27. Durante o seguimento a CAAF deve ser repetida em nódulos com citologia prévia benigna se o volume do componente sólido do nódulo aumentar mais de 50% ou se surgirem critérios ecográficos suspeitos ou risco clínico aumentado (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIb) ^{2,3,4,5,6,7}.

28. Os exames ou tratamentos com produtos radioativos estão contraindicados na mulher grávida (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ^{2,3,6,7}.

29. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

30.O algoritmo clínico



31.O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma "Nódulo da Tireoide em Idade Pediátrica e no Adulto"				
Unidade:				
Data: __/__/__		Equipa auditora:		
1:Consentimento Informado				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de um consentimento informado escrito para a realização de CAAF da tireoide, integrado no processo clínico				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
2:Diagnóstico				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que o rastreio ecográfico da patologia nodular da tireoide não é indicado na população em geral				
Existe evidência de que para a confirmação do diagnóstico clínico ou imagiológico incidental de patologia nodular da tireoide, é realizada ecografia da tireoide com avaliação dos compartimentos ganglionares cervicais, com particular atenção ao compartimento central				
Existe evidência de que para o diagnóstico de patologia nodular da tireoide é efetuada avaliação laboratorial da função tireoidea que inclui o doseamento da hormona estimulante da tireoide (TSH)				
Existe evidência de que a cintigrafia não é prescrita por rotina e fora das indicações recomendadas no estudo do doente com patologia nodular da tireoide				
Existe evidência de que no doente com hormona estimulante da tireoide (TSH) baixa é efetuada cintigrafia da tireoide para confirmar ou excluir nódulo hiperfixante (nódulo quente)				
Existe evidência de que o doseamento da tireoglobulina sérica não é indicado na avaliação dos nódulos da tireoide				
Existe evidência de que o doseamento da calcitonina sérica é indicado em idade pediátrica até aos 18 anos e quando existe: suspeita clínica; ou suspeita citológica; ou antecedentes familiares de carcinoma medular da tireoide (CMT) ou de neoplasia endócrina múltipla tipo 2 (NEM 2)				
Existe evidência de que após a confirmação ecográfica de nódulo da tireoide, a indicação ou não para a realização de citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) da tireoide (método de eleição para a avaliação do risco de malignidade dos nódulos tireoideus) é devidamente fundamentada no processo clínico				
Existe evidência de que a citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) é realizada, preferencialmente, sob controlo de ecografia				
Existe evidência de que a citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) guiada por palpação é efetuada, após a realização prévia de ecografia				
Existe evidência de que a citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) é sempre efetuada sob controlo ecográfico em: nódulos não palpáveis ou de difícil palpação; ou nódulos com componente quístico superior a 50%				
Existe evidência de que na decisão sobre a indicação para citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) são consideradas as contraindicações relativas: coagulopatia significativa de difícil correção; compromisso cardiorrespiratório severo, instabilidade hemodinâmica ou estágio terminal de doença; ausência de um trajeto seguro entre a pele e a lesão; impossibilidade de obter a colaboração do doente ou de o posicionar adequadamente				
Existe evidência de que no doente com cintigrafia prévia da tireoide só são considerados para citologia aspirativa com agulha fina (CAAF), nódulos hipofixantes (frios) ou isofixantes				



Existe evidência de que no doente com nódulos da tiroide, a indicação para citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) depende dos seguintes critérios: dimensão; ecoestrutura interna (sólida, mista ou quística); presença de risco clínico de malignidade aumentado e/ou critérios ecográficos de suspeição				
Existe evidência de que a indicação para citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) no doente depende da presença de critérios ecográficos suspeitos: nódulo sólido hipocogénico, presença de microcalcificações, hipervascularização intranodular, margens irregulares ou mal definidas, diâmetro anteroposterior > diâmetro transversal, invasão de tecidos extratiroideus e adenopatias cervicais				
Existe evidência de que a indicação para citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) no doente depende da presença de risco de malignidade aumentado: idade <14; exposição a radiação da região tiroideia na infância ou adolescência; cancro da tiroide ou NEM 2 em familiar de 1º grau; antecedentes pessoais de patologia com risco acrescido de cancro da tiroide (polipose adenomatosa familiar, complexo de Carney, síndrome de Cowden e síndrome de McCune-Albright); hiperfixação focal em localização tiroideia na tomografia de positrões com fluorodesoxiglicose marcada com F 18 (PET com 18F-FDG) ou na cintigrafia das glândulas paratiroideias; história pessoal de cirurgia prévia por cancro da tiroide; nódulo duro e aderente à palpação; crescimento nodular rápido e progressivo; sintomatologia compressiva ou infiltrativa cervical (incluindo paresia/paralisia de cordas vocais); presença de adenomegalia cervical suspeita; valor elevado de calcitonina				
Existe evidência de que no doente com nódulo <10 mm sem critérios ecográficos suspeitos ou sem risco clínico aumentado não é efetuada a citologia aspirativa com agulha fina (CAAF)				
Existe evidência de que na ausência de critérios ecográficos suspeitos e não havendo risco clínico aumentado, a citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) é indicada no doente com: nódulos sólidos com maior dimensão ≥ 10-15 mm (de acordo com critério clínico); nódulos mistos com maior dimensão ≥ 15-20 mm (de acordo com critério clínico); nódulos quísticos puros com maior dimensão ≥ 40 mm e principalmente por indicação terapêutica (redução de volume)				
Existe evidência de que no doente com critérios ecográficos suspeitos e/ou risco clínico aumentado a citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) é indicada em nódulos com dimensão ≥ 10mm				
Existe evidência de que no doente com nódulos <10mm, critérios ecográficos suspeitos e/ou risco clínico aumentado pode ser considerada a citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) se tecnicamente possível, sendo fundamentada clinicamente				
Existe evidência de que no doente com bócio multinodular, é considerada a indicação para citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) quando os nódulos obedecem aos critérios estabelecidos para o nódulo único da tiroide				
Existe evidência de que no doente com bócio multinodular, com nódulos muito numerosos, pode ser considerada apenas a punção dos nódulos mais suspeitos de acordo com a dimensão, proporção de componente sólido, critérios ecográficos suspeitos e características cintigráficas				
Existe evidência de que no doente com citologia não diagnóstica (de acordo com classificação de Bethesda), é indicada a repetição da citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) com controlo ecográfico				
Existe evidência de que não são efetuados meios complementares de diagnóstico (MCDT) ou tratamentos com produtos radioativos na mulher grávida				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
3: Monitorização e Avaliação				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que no doente com patologia nodular da tiroide, após				



realização de citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) de nódulos com essa indicação e com resultados citológicos de benignidade, é efetuada uma reavaliação inicial nos 6-18 meses seguintes: clínica, ecográfica e analítica (doseamento da TSH)				
Existe evidência de que no doente com patologia nodular da tiroide, após realização de citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) de nódulos com essa indicação e com resultados citológicos de benignidade e após reavaliação inicial é efetuado um seguimento posterior com periodicidade definida de acordo com a evolução da doença				
Existe evidência de que durante o seguimento, é indicada a repetição da citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) no doente com nódulo com citologia prévia benigna se o volume do componente sólido do nódulo aumenta mais de 50% ou se surgem critérios ecográficos suspeitos ou risco clínico aumentado				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
4: Referenciação				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a referenciação a centro de tratamento especializado com carácter de urgência (a efetivar no praxo máximo de 30 dias) é realizada pelo médico prescritor quando o doente apresenta os seguintes diagnósticos citológicos (classificação de Bethesda): não diagnóstica que persiste após repetição; lesão folicular de significado indeterminado; tumor folicular; suspeita de malignidade; diagnóstico de malignidade				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
5: Responsabilidades				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que o relatório do exame de citologia aspirativa da tiroide é efetuado segundo o modelo e terminologia propostos na versão adaptada para português da classificação de Bethesda, elaborada pela Sociedade Portuguesa de Citologia, disponível em www.spcitologia.org				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



NORMA |

da Direção-Geral da Saúde

32.A presente Norma revoga a versão de 26/11/2013 e será atualizada sempre que a evolução da evidência científica assim o determine.

33.O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde



TEXTO DE APOIO

Conceito, definições e orientações

- A. Esta norma aplica-se à investigação do bócio nodular e inclui o nódulo solitário e o bócio multinodular.
- B. A tiroidite crónica autoimune, apesar de habitualmente apresentar características ecográficas muito sugestivas, pode por vezes ser descrita ecograficamente como bócio multinodular. O doseamento dos anticorpos antitiroideos (em particular o anticorpo antiperoxidase tiroideia) poderá ajudar no diagnóstico da tiroidite autoimune
- C. Na avaliação da patologia nodular da tiroide é importante recolher a seguinte informação (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIa) ^{1,2,3}:
- 1) Idade e sexo;
 - 2) Antecedentes familiares de patologia tiroideia (incluindo o cancro) ou NEM 2;
 - 3) Antecedentes pessoais de radioterapia da cabeça e/ou pescoço (nomeadamente na infância ou adolescência) ou de patologia com risco acrescido de cancro da tiroide;
 - 4) Velocidade de crescimento da massa cervical de acordo com a informação clínica e/ou ecográfica;
 - 5) Presença ou não de disfonia, dispneia ou disfagia;
 - 6) Sintomatologia sugestiva de disfunção tiroideia (hipo ou hipertiroidismo);
 - 7) Toma de fármacos contendo iodo (nomeadamente L- tiroxina ou amiodarona) ou suplementos iodados;
 - 8) Exame objetivo da tiroide e dos territórios ganglionares cervicais incluindo a caracterização do (s) nódulo (s) e eventuais adenopatias quanto à localização, consistência e dimensões;
 - 9) Dor à palpação na região tiroideia.
- D. A investigação da patologia nodular da tiroide tem como objetivo principal, para além do diagnóstico de eventual disfunção tiroideia associada, o diagnóstico do cancro da tiroide.
- E. A patologia nodular da tiroide é muito frequente na prática clínica, em particular no idoso, no sexo feminino e em regiões iodo-carentes. A prevalência de nódulos palpáveis é de 3-7% e a de nódulos detetados por ecografia é de 20-76%.
- F. Apesar da elevada prevalência da patologia nodular da tiroide o cancro da tiroide apenas ocorre em 5-15% dos nódulos, em função da idade, sexo, exposição a radiações, história familiar e outros fatores.
- G. Os carcinomas diferenciados da tiroide, em que se incluem o carcinoma papilar e o carcinoma folicular são responsáveis pela maioria (90%) dos cancros da tiroide e têm em geral bom prognóstico.



- H. A prevalência do nódulo da tiroide é muito baixa na infância mas o risco de malignidade é maior que no adulto. O CMT é mais frequente em idade pediátrica (10% dos casos de cancro da tiroide) ⁶. Porém, o carcinoma diferenciado da tiroide de origem folicular é menos frequente neste grupo etário (nomeadamente o Carcinoma Folicular). O Carcinoma Papilar em crianças < 14 anos é mais agressivo que no adulto, com maior prevalência de metastização ganglionar regional e de recorrência, mas ainda assim com um excelente prognóstico ⁸.
- I. Em doentes com risco clínico aumentado, deverá ser ponderada a referenciação para centro de tratamento especializado (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIb) ^{2,3,4,5,6,7}.
- J. j. Atendendo à elevada prevalência da patologia nodular da tiroide e ao baixo risco e bom prognóstico (risco de recorrência e/ou mortalidade) da maior parte dos casos de cancro da tiroide, a abordagem do nódulo da tiroide deverá ter em conta estes aspetos, nomeadamente no que se refere às indicações para CAAF.
- K. A citologia aspirativa guiada por palpação ou por ecografia é um procedimento que inclui a técnica de punção aspirativa, através de agulha fina e oca (22 Gauge ou mais fino), para colheita de células representativas do nódulo da tiroide para estudo citológico ¹⁰.
- L. Os procedimentos de CAAF com controlo ecográfico exigem treino específico, quer na técnica de intervenção propriamente dita, que inclui treino na execução dos esfregaços, quer na realização de ecografia da tiroide ^{10,11}.
- M. Recomenda-se que as unidades de saúde onde se realizam estes procedimentos (CAAF) adotem sistemas de registo sistemático: dos atos; dos sucessos (obtenção de material suficiente para o estabelecimento de um diagnóstico citológico); e das complicações (hematoma, dor local, outras).
- N. Em doentes com indicação para CAAF e sob terapêutica hipocoagulante poderá ser ponderada a prescrição da interrupção temporária do hipocoagulante e a introdução de heparina de baixo peso molecular (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIa) ^{5,12}.
- O. A realização da cintigrafia da tiroide poderá ser ponderada em duas situações:
- 1) Avaliação da fixação em nódulo com citologia de tumor folicular;
 - 2) Bócio multinodular volumoso (em particular, se com componente mergulhante), (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIa) ^{1,2}.
- P. O doseamento sérico do cálcio, com ou sem doseamento da PTH, pode ser considerado na avaliação pré-operatória da patologia nodular da tiroide com indicação cirúrgica, para exclusão do hiperparatiroidismo ou quando há suspeita de paratiroide intratiroideia (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIb) ⁵.
- Q. Deve ser considerado o doseamento da calcitonina, se a citologia não é conclusiva sobre a benignidade da lesão ou o bócio nodular tem indicação cirúrgica (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIa) ^{3,4,6,7}.



- R. O doseamento por rotina da calcitonina na investigação inicial da patologia nodular da tiroide pode ser considerado, de acordo com as recomendações da *European Thyroid Association* e da *European Society for Medical Oncology* (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIb) ^{3,4}.
- S. A utilização de marcadores moleculares pode ser útil no estudo complementar de nódulos com diagnóstico citológico indeterminado (lesão folicular de significado indeterminado, tumor folicular ou suspeita de malignidade), sendo que o recurso a estes marcadores deve ter em conta a relação custo-benefício e ser devidamente justificado no processo clínico (Nível de evidência B, Grau de Recomendação IIb) ^{1,2,3,4,5,6,7}.

Fundamentação

- A. Tem-se verificado nas últimas décadas um aumento da incidência do cancro da tiroide em vários países incluindo Portugal. Este aumento tem ocorrido sobretudo à custa dos carcinomas de mais baixo risco.
- B. A grande maioria dos doentes com cancro da tiroide tem um bom prognóstico.
- C. A estratégia diagnóstica e de seguimento do doente com patologia nodular da tiroide devem ser adaptadas ao nível de risco definido com base nos dados clínicos, laboratoriais, imagiológicos e citológicos e tendo em consideração o prognóstico do cancro da tiroide.

Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacto da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e dos dirigentes máximos das unidades prestadoras de cuidados de saúde.
- C. A implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A implementação da presente Norma pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
 - 1) Cumprimento das indicações para CAAF:
 - a) Numerador: nódulos da tiroide com indicação para CAAF que realizaram o exame;
 - b) Denominador: nódulos da tiroide com indicação para CAAF.
 - 2) Proporção de doentes que realizaram CAAF sem indicação:
 - a) Numerador: nódulos da tiroide sem indicação para CAAF que realizaram o exame;



- b) Denominador: nódulos da tiroide sem indicação para CAAF.

Comité Científico

- A. A proposta da presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade.
- B. A proposta da presente Norma foi elaborada por Joaquim Luís Duarte Raposo (coordenação científica), Elsa Fonseca, Fernando José Cravo Rodrigues, João Capela Costa, José Dinis Bastos Lima da Silva, Leila Khouri Barandiaran, Lucília Maria Marques Garnel Mafra Salgado, Maria Evelina L. V. Mendonça Maia Seco, Rosa Pina e Maria João Guerreiro Martins Bugalho.
- C. Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- D. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma foi efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.

Coordenação Executiva

Na elaboração da presente Norma a coordenação executiva foi assegurada por Cristina Martins d'Arrábida, do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

Pelo Despacho n.º 7584/2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 107, de 1 de junho de 2012, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas Clínicas emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Henrique Luz Rodrigues.

Siglas/Acrónimos

Sigla/Acrónimo	Designação
CAAF	Citologia Aspirativa com Agulha Fina
TSH	Hormona Estimulante da Tiroide
NEM 2	Neoplasia Endócrina Múltipla
PET com 18F-FDG	Tomografia de Positrões com Fluorodesoxiglucose marcada com F 18



Referências Bibliográficas

- ¹ NCCN *Guidelines Version Thyroid Carcinoma – Nodule Evaluation 2.2013*: www.nccn.org/professionals/physician_gls/f
- ² Cooper DS e col. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. The American Thyroid Association (ATA). *Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer*. *Thyroid*, 2009; 19(11):1167-1214.
- ³ Gharib H e col. *American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules*, *Endocr Pract* 2010; 16(Suppl 1):1-43.
- ⁴ Pacini F e col. *Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*. *Annals of Oncology* 2012; 23(7):vii110-vii119.
- ⁵ Recomendações sobre cancro da tiroide ALD 30 da “Haute Autorité de Santé”, França, 2010: www.has-sante.fr.
- ⁶ *British Thyroid Association Guidelines for the Management of Thyroid Cancer*. *Clinical Endocrinology* 2014; 81(suppl.1):1-122.
- ⁷ *Guidelines of the French Society of Endocrinology for the management of thyroid nodules*. *Annales d’Endocrinologie* 2011;72: 255-281.
- ⁸ Spoudeas HA (ed). *Paediatric endocrine tumours. A multi-disciplinary consensus statement of best practice from a working group convened under the auspices of the BSPED and UKCCSG*. Crawley: Novo Nordisk, 2005.
- ⁹ Corrias A, Mussa A. Thyroid nodules in pediatrics: which ones can be left alone, which ones must be investigated, when and how. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2013;5:57-69.
- ¹⁰ Cibas ES, e col. *Indications for thyroid FNA and pre-FNA requirements: a synopsis of the National Cancer Institute thyroid fine-needle aspiration state of the science conference*. *Diagnostic Cytopathol* 2008; 36:390-399.
- ¹¹ Ljung BM e col. *Training, credentialing and re-credentialing for the performance of a thyroid FNA: a synopsis of the National Cancer Institute thyroid fine-needle aspiration state of the science conference*. *Diagnostic Cytopathol* 2008; 36:400-406.
- ¹² Lyle MA e col. Ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules in patients taking novel oral anticoagulants. *Thyroid* 2015;25(4):373-376.