

# Simpósio

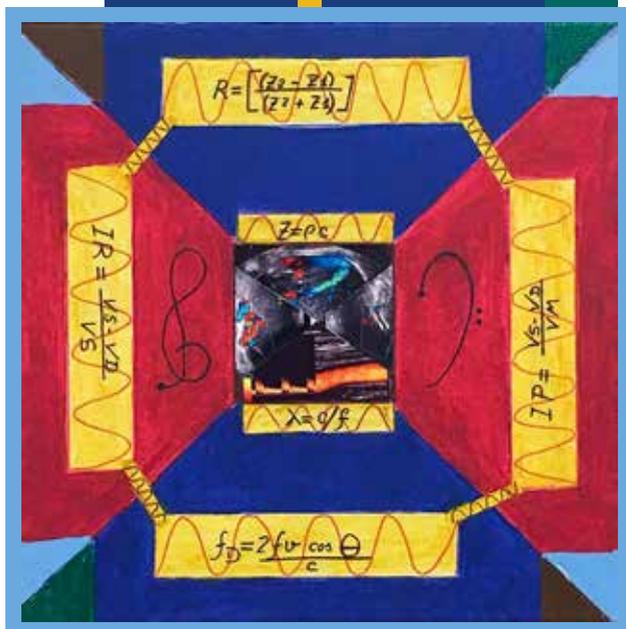
sobre Ecografia

## TIROIDEIA E CERVICAL

29 de junho | 2019

Hotel D. Luís

Coimbra



Aceda à versão digital do programa com os resumos dos trabalhos

PROGRAMA  
**Científico**

# Simpósio

sobre Ecografia

## TIROIDEIA E CERVICAL

29 de junho | 2019

- 08:00h            Abertura do secretariado e da exibição de posters
- 08:30-09:00h    **Abertura do Simpósio e Sessão de boas-vindas**  
Dr. Francisco Mascarenhas Gaivão, *Presidente da Direção da SPEM*  
Prof. Doutor Maximino Leitão, *Presidente da Assembleia Geral da SPEM*
- 09:00-11:00h    **1ª Sessão**  
*Moderadores:* Dr. Fernando Rodrigues e Dra. Amélia Estevão
- 09:00-09:30h    **Ecoanatomia da região cervical**  
Dr. Vítor Pardal
- 09:30-09:45h    **Patologia inflamatória da tiroide**  
Dra. Sandra Paiva
- 09:45-10:15h    **Patologia nodular da tiroide**  
Dra. Teresa Martins
- 10:15-10:30h    **Paratiroides, gânglios e adenopatias cervicais**  
Dr. Paulo Gil Agostinho
- 10:30-11:00h    **Discussão**
- 11:00-11:30h    **Coffee-break**
- 11:30-13:00h    **2ª Sessão**  
*Moderadores:* Dr. João Ganho e Dra. Cristina Ribeiro
- 11:30-11:50h    **Intervenção ecoguiada da tiroide e adenopatias**  
Dr. Idílio Gomes
- 11:50-12:10h    **Achados ecográficos e achados cirúrgicos: Correlação**  
Dr. João Capela
- 12:10-12:30h    **Relatório da ecografia da tiroide e classificação TIRADS**  
Prof. Doutor Luís Raposo
- 12:30-13:00h    **Discussão**



13:00-14:30h Almoço

14:30-16:00h **3ª Sessão**

*Moderadores:* Dra. Maria João Oliveira e Dra. Olga Vaz

**Apresentação de trabalhos selecionados (Comunicações orais)**

16:00h **Entrega de prémios e Sessão de encerramento**

Dr. Luís Sá e Dra. Sofia Raposo

## INTERVENIENTES NO PROGRAMA

Dra. Amélia Estevão *(Coimbra)*

Dra. Cristina Ribeiro *(Coimbra)*

Dr. Fernando Rodrigues *(Coimbra)*

Dr. Francisco Mascarenhas Gaivão *(Coimbra)*

Dr. Idílio Gomes *(Coimbra)*

Dr. João Capela *(Porto)*

Dr. João Ganho *(Coimbra)*

Prof. Doutor Luís Raposo *(Lisboa)*

Dr. Luís Sá *(Coimbra)*

Dra. Maria João Oliveira *(V.N. Gaia)*

Prof. Doutor Maximino Leitão *(Coimbra)*

Dra. Olga Vaz *(Coimbra)*

Dr. Paulo Gil Agostinho *(Coimbra)*

Dra. Sandra Paiva *(Coimbra)*

Dra. Sofia Raposo *(Coimbra)*

Dra. Teresa Martins *(Coimbra)*

Dr. Vítor Pardal *(Leiria)*

# Simpósio

## sobre Ecografia

### TIROIDEIA E CERVICAL



Aceda à versão digital do programa com os resumos dos trabalhos

## RESUMOS DOS TRABALHOS

### Comunicações Orais

#### CO 01

#### SISTEMAS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO ECOGRÁFICO NO CARCINOMA MEDULAR DA TIROIDE

Bernardo Marques; Teresa Martins; Ana Rita Elvas; Raquel G. Martins; Joana Couto; Jacinta Santos; Fernando Rodrigues

*Serviço de Endocrinologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra FG, EPE*

**Introdução:** O carcinoma medular da tiroide (CMT) é responsável por 3,5-10% de todas as neoplasias malignas da tiroide. A ecografia tiroideia é o exame de escolha para estratificação de risco dos nódulos tiroideus. No entanto, a maioria dos estudos aborda apenas as características ecográficas do carcinoma papilar da tiroide (CPT), que representa 70% de todos os carcinomas da tiroide. Desta forma, os atuais sistemas de classificação de risco dos nódulos tiroideus são baseados nas características ecográficas do CPT e não contemplam outras variantes histológicas.

O objetivo deste estudo foi caracterizar ecograficamente o CMT e classificá-lo de acordo com os sistemas de estratificação de risco EU-TIRADS e ACR-TIRADS.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de 13 formações nodulares, com posterior diagnóstico histológico de CMT, em 12 doentes. O doente com 2 focos de CMT apresentava mutação germinativa do gene RET.

As ecografias foram realizadas na instituição

e as imagens foram revistas por dois médicos do Serviço de Endocrinologia (o médico 1 com 15 anos de experiência em ecografia tiroideia e o médico 2 com 3 anos de experiência). Foram recolhidos dados demográficos e características ecográficas dos nódulos. A concordância inter-observador foi avaliada usando o teste de correlação de Spearman e o teste de significância de kappa de Cohen.

**Resultados:** O tamanho médio dos nódulos analisados foi de  $17,3 \pm 11,4$  mm. A calcitonina média pré-operatória foi de  $1538,8 \pm 775$  pg/mL e o seu nível foi proporcional ao tamanho do nódulo ( $p = 0,08$ ).

O médico 1 classificou 46,2% dos nódulos como sendo de “alto risco” segundo a classificação EU-TIRADS e 30,7% como “muito suspeitos” segundo a classificação ACR-TIRADS. Segundo este observador, 69,3% teriam indicação para citopunção segundo a classificação EU-TIRADS e 46,2% segundo a classificação ACR-TIRADS.

O médico 2 considerou que todos os nódulos avaliados seriam de “alto risco” e teriam indicação para citopunção pela classificação EU-TIRADS. Segundo a classificação ACR-TIRADS 61,5% foram considerados “muito suspeitos” e teriam indicação para citopunção.

A concordância inter-observador foi baixa entre os dois endocrinologistas quanto à classificação EU-TIRADS ( $p = 0,386$ ) e ACR-TIRADS ( $p = 0,608$ ). A concordância inter-observador

foi excelente quanto à presença de macrocalcificações ( $k = 1$ ), moderada quanto à composição ( $k = 0,581$ ), razoável quanto à ecogenicidade ( $k = 0,395$ ) e medíocre quanto à forma ( $k = 0,152$ ) e limites do nódulo ( $k = 0,114$ ).

**Conclusão:** Os dados desta pequena amostra demonstram que os sistemas de estratificação EU-TIRADS e ACR TI-RADS apresentam algumas limitações quanto à sua aplicabilidade de nesta neoplasia rara. Estas escalas de estratificação de risco devem ser aplicadas pelo observador que realiza a ecografia, pelo que a avaliação retrospectiva de imagens realizada neste estudo poderá justificar a elevada variabilidade inter-observador.

## CO 02

### INTERVENÇÕES ECOGUIADAS – INSTILAÇÃO PERCUTÂNEA DE ETANOL EM NÓDULOS QUÍSTICOS DA TIRÓIDE

Catarina Machado<sup>1</sup>; Lúcia Almeida Santos<sup>1</sup>;

Patrícia Tavares<sup>1</sup>; Ana Elisa Lopes<sup>2</sup>;

Joana Lima Ferreira<sup>3</sup>; Marta Almeida Ferreira<sup>1</sup>;

Gustavo Melo Rocha<sup>1</sup>; Cláudia Freitas<sup>2</sup>;

Ana Paula Marques<sup>3</sup>; Luís Raposo<sup>4</sup>;

Maria João Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; <sup>2</sup>Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Centro Hospitalar do Porto; <sup>3</sup>Serviço de Endocrinologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; <sup>4</sup>Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

**Introdução:** A patologia nodular da tiroide é uma situação clínica bastante comum. Cerca de 15 a 25% dos nódulos são císticos (> 90% área cística) ou mistos, mas predominantemente císticos (área cística entre 50 e 90%). A instilação percutânea de etanol (IPE) pode constituir o tratamento de eleição nestes nódulos.

**Objetivos:** Apresentar a experiência multicêntrica com IPE em nódulos tiroideus císticos ou predominantemente císticos e avaliar a eficácia e segurança deste procedimento.

**Material e métodos:** Avaliação de doentes com indicação para tratamento com IPE. Efetuada drenagem do componente cístico, com manutenção de pequena cavidade cística, seguida de instilação de etanol 99,9% (cerca de metade do total aspirado). Volume nodular calculado através da fórmula  $a*b*c*0,52$  (a, b e c correspondem aos diâmetros transversal, antero-posterior e longitudinal). Redução do volume nodular calculada através da fórmula  $[(\text{volume inicial} - \text{final}) * 100] / \text{volume inicial}$ . Eficácia do tratamento definida como redução do volume inicial  $\geq 50\%$ .

**Resultados:** Vinte e um doentes foram tratados com IPE, a maioria do sexo feminino ( $n = 14, 66,7\%$ ), com idade média de  $48,4 \pm 14,0$  anos. Volume nodular inicial mediano de 16,6 mL (mínimo 4,9; máximo 87,9). Tempo mediano de seguimento após 1ª IPE de 4 meses (mínimo 1 mês, máximo 13 meses). A maioria dos doentes ( $n = 12, 57,1\%$ ) foi submetida a apenas uma IPE. Uma semana após a 1ª IPE verificou-se redução mediana do volume nodular de 34,6% (mínimo 3,2%; máximo 89,4%), com redução  $\geq 50\%$  em 7 doentes (36,8%). Três semanas após a 1ª IPE, mais de metade dos doentes ( $n = 11, 73,3\%$ ) apresentou redução do volume nodular  $\geq 50\%$ , com redução mediana de 67,0% (mínimo 22,8%, máximo 87,6%). Na reavaliação ecográfica realizada aos 6 meses após início da intervenção com etanol, possível em 9 doentes, verificou-se redução mediana do volume nodular de 83,0% (mínimo 32,7%, máximo 95,3%). Verificou-se redução progressiva do volume nodular, com restituição da cavidade cística em apenas um doente cerca de 8 meses após a última IPE. Na última reavaliação ecográfica disponível, o volume mediano dos nódulos é de 2,91 mL (mínimo 0,36; máximo 35,3), com redução mediana 82,5% (mínimo 32,7%; máximo 98,9%). A taxa de eficácia foi de 76,2% ( $n = 16$ ). O procedimento foi bem

tolerado; 4 doentes (19,0%) referiram dor ligeira tipo ardência na região cervical após instilação e cefaleias de curta duração. Todos os doentes referiram melhoria sintomática e estética.

**Conclusão:** A IPE levou à redução do volume nodular em todos os doentes com diminuição marcada do componente cístico. Trata-se por isso de uma terapêutica segura, minimamente invasiva, bem tolerada e eficaz.

### CO 03

#### ECOGRAFIA DAS CORDAS VOCAIS POR CIRURGIÃO

João Capela Costa<sup>1,2</sup>; L. Matos Lima<sup>1</sup>; Elisabete Barbosa

<sup>1</sup>Unidade de Cirurgia Endócrina e Cervical; <sup>2</sup>Gabinete de Ecografia e Biopsias de Cirurgia Geral, Serviço de Cirurgia Geral, Hospital de São João

**Introdução:** A lesão do nervo recorrente com a consequente alteração da motilidade das cordas vocais é uma temida complicação da cirurgia tiroideia ou paratiroideia. Assim, a sua avaliação pré e pós-operatória deverá ser uma rotina, nomeadamente para a deteção de lesões assintomáticas. A laringoscopia é o método standard, mas nem sempre está disponível, além de ser invasiva. A ecografia das cordas vocais poderá resolver estas limitações.

**Material e métodos:** Estudo prospetivo da avaliação ecográfica das cordas vocais efetuada, entre 6/ 2016 e 12/ 2018, numa unidade de ecografias e biopsias de um serviço de cirurgia geral.

**Resultados:** Realizaram-se 711 exames (614 mulheres e 97 homens). Em 117 ocasiões (78 homens; 39 mulheres), com perfil desfavorável, não se visualizaram as cordas vocais. A idade média destes doentes foi superior à dos 594 doentes em que foi possível a visualização (60 vs 52 anos) e semelhante nos 2 sexos. Nestes casos em que a avaliação foi informativa, a idade média dos homens foi significativamente inferior à das mulheres (38

vs 54 anos). Em 566 das vezes a ecografia foi considerada normal. Em 28 doentes foi detetada assimetria das aritenoides e das cordas vocais com mobilidade anormal (1 caso bilateral), confirmada por laringoscopia e/ou fibroscopia em todos menos num caso. A idade média destes doentes foi de 63 anos e só 1 era do sexo masculino.

**Comentários:** O uso do ecógrafo por cirurgiões é cada vez mais frequente. A ecografia das cordas vocais, apesar de não ter a acuidade da observação laringoscópica, está facilmente acessível e causa menos desconforto. No entanto, deverá ser efetuada apenas por quem tenha experiência na ecografia cervical. As cordas vocais podem não ser visualizadas pela presença de perfil desfavorável, nomeadamente no sexo masculino (80% vs 6%) e por calcificação da cartilagem tiroideia.

### CO 04

#### O NÓDULO DA TIRÓIDE QUE AFINAL NÃO O ERA!

Lúcia C.S. Almeida; Catarina Machado; Gustavo Melo Rocha; Marta Almeida Ferreira; Helena Alves; Ana Sousa; Maria João Oliveira  
*Serviço de Endocrinologia Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Portugal*

**Introdução:** As glândulas paratiroides são tipicamente quatro glândulas que se situam posteriormente à tiroide: duas superiores e duas inferiores. A existência de glândulas supranumerárias pode ocorrer, assim como alterações na localização habitual destas glândulas. A sua principal função consiste na homeostase do cálcio. Para além de outros fatores, a hipercalcémia pode ocorrer pela síntese inapropriada de paratormona (PTH) associada a hiperparatiroidismo primário (em 80% dos casos, como adenomas das paratíroides), hiperparatiroidismo secundário e terciário.

**Caso clínico:** Doente de 47 anos, do sexo feminino com história de artralguas, astenia,

litíase renal, antecedentes familiares de hipertiroidismo e de patologia nodular da tiroide mas sem antecedentes familiares de hiperparatiroidismo, foi internada por hipercalcémia grave (Ca corrigido 18,54 mg/dL (8,8-10,2) no serviço de Medicina Interna.

A doente encontrava-se em eutiroidismo e no estudo do metabolismo fosfo-cálcio apresentava: PTH 1397 pg/mL (15,0-65,0), Vitamina D (25-hidroxi) 9 nmol/L (62,5-200), fosfato mg/dL (2,7-4,5); Ecografia cervical: Nódulo misto com área cística central de 49 x 26 mm, na transição lobo direito/istmo; Cintigrafia paratiróides: Foco de hiperactividade em posição cervical inferior ao istmo e em posição posterior adjacente à região de transição do 1/3 inferior do lobo direito para o istmo. Foi tratada no internamento com ácido zoledrónico 4mg e furosemida para controlo da hipercalcémia e ainda colecalciferol 8 gotas/dia. Na consulta de Endocrinologia realizou-se reavaliação analítica: Ca corrigido 11,9 mg/dL, Fosfato 2,2 mg/dL, Vitamina D (25-hidroxi) 33nmol/L, PTH 607,3 pg/mL, realizou densitometria óssea (DEXA) que confirmou a existência de osteoporose (coluna lombar: -2,3; Colo fémur esquerdo: -2,6; antebraço esquerdo: -2,6) e realizou-se punção aspirativa do nódulo intratiroideu com doseamento da PTH-I no aspirado da agulha: > 5000 pg/ml.

A doente efectuou hemitiroidectomia e paratiroidectomia radioguiada, com doseamento intraoperatório da PTH-I (TO: 406,2 pg/ml; T5: 118,2 pg/ml; T15: 89,5 pg/ml) e o nódulo mostrou ser um adenoma da paratiróide no exame anatomo-patológico. Após a cirurgia desenvolveu uma síndrome de Hungry Bone que foi tratado com carbonato de cálcio, colecalciferol e suplementação com magnésio (8 meses). Manteve-se eutiroides.

Na última consulta tinha o seu hiperparatiroidismo resolvido: PTH 36,4 pg/mL, Ca corrigido 8,9 mg/dL, fosfato 4,4 mg/dL, Vitamina

D (25-hidroxi) 6 nmol/L; DEXA: osteoporose apenas do punho esquerdo.

**Conclusão:** Este caso ilustra uma situação de hiperparatiroidismo primário com uma paratiroide de grandes dimensões e de localização intratiroideia. Mostra ainda a utilidade do doseamento da PTH-I no aspirado da agulha, a eficácia da cirurgia radioguiada e com doseamento intra-operatório da PTH-I e alerta para a necessidade de seguimento a longo prazo dos casos com hiperparatiroidismos mais graves, mais propensos a síndrome de “Hungry Bone” de difícil controlo.

## CO 05

### **ECOGENICIDADE TIROIDEIA NA DOENÇA DE GRAVES E ASSOCIAÇÕES COM A PRESENÇA DE ANTICORPOS ANTI PEROXIDASE TIROIDEIA E/OU ANTI TIROGLOBULINA**

Tiago Santos<sup>1</sup>; Gonçalo Miranda<sup>2</sup>; André Carvalho<sup>1</sup>; Cláudia Freitas<sup>1</sup>; Helena Cardoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário do Porto; <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

**Introdução:** Classicamente, a doença inflamatória da tiroide traduz-se ecograficamente pela heterogeneidade e hipocogenicidade do parênquima tiroideu. Na Doença de Graves a ecogenicidade pode ser normal ou estar diminuída. A hipocogenicidade pode resultar do aumento do fluxo sanguíneo, da infiltração linfocítica ou da redução de conteúdo colóide. Não é claro que estas alterações sejam consequência da positividade dos anticorpos anti peroxidase e/ou anti tiroglobulina.

**Objetivos:** Analisar possíveis associações entre a positividade dos anticorpos anti peroxidase e/ou anti tiroglobulina e a ecogenicidade tiroideia em indivíduos com Doença de Graves.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo com base na revisão dos processos clínicos de 204 doentes com o diagnóstico de Doença de Graves seguidos em consulta externa de endocrinologia de um hospital central entre 2014 e 2018. Foram excluídos doentes sem

informação referente a ecografia tiroideia ou à positividade dos anticorpos anti peroxidase e anti tireoglobulina. A amostra foi estratificada de acordo com a positividade ou negatividade para ambos os anticorpos antitiroideos.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídos 180 participantes que cumpriam os critérios de inclusão. A mediana da idade era de 37 anos e 85,6% (n = 154) doentes eram do sexo feminino. Os anticorpos anti peroxidase tiroideia e anti tireoglobulina foram positivos em 76,1% (n = 137) e em 50,6% (n = 91), respetivamente. Relativamente à avaliação ecográfica do parênquima tiroideu, 91,7% (n = 165) apresentavam um parênquima hipoeocogénico e os restantes 8,3% (n = 15) um parênquima isoecogénico.

Dos 80 participantes com positividade para ambos os autoanticorpos, 95% (n = 76) tinham um parênquima hipoeocogénico e 5% (n = 4) apresentavam ecogeneidade normal. No subgrupo com positividade apenas para o anticorpo anti peroxidase tiroideia (n = 57), 94,7% (n = 54) apresentavam um parênquima hipoeocogénico, sendo este isoecogénico em apenas 3 indivíduos (5,3%). Relativamente aos indivíduos com positividade apenas para o anticorpo anti tireoglobulina (n = 11), 90,9% (n = 10) apresentavam um parênquima hipoeocogénico, sendo este isoecogénico em 1 indivíduo (9,1%). Considerando os restantes indivíduos, com negatividade para ambos os autoanticorpos (n = 32), 78,1% (n = 25) apresentavam um parênquima hipoeocogénico e 21,9% (n = 7), um parênquima isoecogénico.

Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), entre a positividade dos anticorpos anti peroxidase tiroideia e a hipoeocogenicidade do parênquima tiroideu. Os anticorpos anti tireoglobulina positivos não apresentaram relação estatisticamente significativa com a hipoeocogenicidade do parênquima tiroideu.

A maioria dos participantes apresentaram um padrão de hipoeocogenicidade do parênquima tiroideu. Encontrou-se uma associação positiva desse padrão dominante com a presença de anticorpos anti peroxidase tiroideia. Outros fatores poderão contribuir para a hipoeocogenicidade do parênquima tiroideu nos indivíduos com autoimunidade negativa.

## Posters

### P 01

#### **CIRURGIA TIROIDEIA – OS RESULTADOS DA LARGA EXPERIÊNCIA DE UM PEQUENO HOSPITAL**

Ribeiro, H.M.<sup>1</sup>; Morais, H.<sup>2</sup>; Neves, J.<sup>1</sup>; Guimarães, N.<sup>1</sup>; Ferreira, M.<sup>1</sup>; Mónica, I.<sup>1</sup>; Oliveira, S.<sup>1</sup>; Vieira, V.<sup>1</sup>; Conceição, L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Distrital da Figueira da Foz;

<sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário do Algarve

**Objetivos/Introdução:** Avaliação retrospectiva dos resultados da cirurgia tiroideia num serviço de Cirurgia Geral e identificação de fatores de risco para complicações cirúrgicas.

**Material/Métodos:** Estudo retrospectivo baseado na colheita de dados do processo clínico referentes aos doentes submetidos a cirurgia tiroideia, num serviço de Cirurgia Geral, entre 1 de janeiro de 2007 e 31 de maio de 2017. Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva e univariada.

**Resultados:** Foram identificados 834 doentes, 84,4% do género feminino e 15,6% do masculino, com uma idade média de 54,69 ± 13,87 anos. A incidência de hipocalcemia transitória foi 10,9% e definitiva em 2,2%. A disfonia temporária ocorreu em 3,6% dos casos e a definitiva em 2,2%. O tempo médio de internamento foi de 1,13 ± 0,64 dias. Não ocorreram casos de mortalidade. Como fatores de risco para complicações: os sintomas compressivos ( $p = 0,05$ ), a tireoidectomia total (TT) ( $p = 0,033$ ) e os anticorpos (Ac) anti-T-

PO ( $p = 0,023$ ) foram associados a disфонia temporária; a sensação e corpo estranho ( $p < 0,001$ ) e a TT ( $p = 0,01$ ) foram associados a disфонia definitiva; os sintomas compressivos ( $p=0,024$ ), a TT ( $p < 0,001$ ) e os Ac anti-TPO ( $p = 0,028$ ) foram associados a hipocalcemia temporária; a TT ( $p = 0,028$ ) foi o único fator associado a hipocalcemia definitiva.

**Discussão/Conclusão:** A cirurgia tireoideia é segura e a experiência acumulada é essencial para bons resultados. Os sintomas compressivos, a sensação de corpo estranho, a elevação de Ac anti-TPO e a TT estão associados a maior risco de complicações.

## P 02

### PISTAS PARA O DIAGNÓSTICO DE SCHWANNOMA CERVICAL – CASO CLÍNICO

Filipa Marques dos Santos; Ana Teresa Almeida;  
Inês Dias Marques  
*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introdução:** As massas cervicais são um achado comum em adultos e incluem um extenso espectro etiológico, compreendendo tanto lesões indolentes como agressivas. É, por isso, fundamental a sua caracterização adequada para permitir a correta abordagem. Na avaliação do doente é privilegiada primeiramente a anamnese e exame físico, fornecendo desde logo pistas para os diagnósticos mais prováveis.

O exame ecográfico permite a caracterização inicial da lesão suspeita, perceber a sua natureza, localizar não só quanto à origem mas também a relação com os planos adjacentes e valorizar alterações peri-lesionais que possam também estar associadas.

A TC com contraste é a melhor técnica de imagem para o estudo cervical e a avaliação anatomo-patológica é por vezes necessária para estabelecer o diagnóstico definitivo.

Patologias congénitas têm apresentação sobretudo em idade pediátrica. Na idade adulta são as neoplasias a principal preocupação,

estando a região cervical envolvida em processos tanto primários como metastáticos.

**Objetivos:** Pretende-se apresentar os diagnósticos diferenciais de massa cervical, ilustrados por um caso clínico no qual foram sendo excluídas progressivamente hipóteses diagnósticas, com ênfase nos achados ecográficos mais característicos, até ao diagnóstico definitivo de schwannoma cervical.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma doente de 38 anos de idade com um schwannoma cervical, no qual o primeiro sintoma foi uma massa cervical esquerda de aparecimento recente. Na avaliação ecográfica inicial foi interpretada como lesão quística com origem na tireoide e portanto foi proposta para hemi-tireoidectomia. Após citologia guiada por ecografia, foi obtido material acelular, sugerindo-se a hipótese de quisto branquial. Em avaliação ecográfica posterior, foi observada independência da glândula tireoide, mas referida a proximidade com os vasos cervicais. Para estudo etiológico e programação cirúrgica foi realizada então TC. Por este método de imagem, a lesão apresentava características inespecíficas, mas enquadrando clinicamente, os diagnósticos diferenciais mais prováveis foram linfangioma cervical de adulto, quisto tímico cervical, ou até mesmo um quisto de duplicação esofágica cervical. Dada a raridade nos adultos, impôs-se por isso a caracterização histológica.

A exérese da massa foi realizada e a histologia com estudo imuno-histoquímico confirmou o diagnóstico de schwannoma. Num período de *follow-up* de 6 meses, não houve evidência de recorrência da doença, sem lesões expansivas sólidas ou císticas com tração ecográfica.

**Conclusão:** O schwannoma deve ser considerado no diagnóstico diferencial de massa cervical. Apesar de raro, é um tumor benigno potencialmente curável. O reconhecimento

desta entidade é importante para que seja levantada a suspeita precoce, evitando assim atrasos diagnósticos, exames desnecessários e morbidade considerável.

### **P 03**

#### **A ECOGRAFIA E A CBA NO ESTUDO DA ADENOPATIA SOLITARIA DO PESCOÇO – FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE MICROCARCINOMA PAPILAR DA TIROIDE**

Florinda Cardoso; Alexandre Alves; Alcinda Reis; Mário Nora

*Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga*

**Introdução:** O diagnóstico diferencial de massas cervicais inclui um grande espectro de patologias com tratamentos diferentes. O primeiro passo para que seja feito o diagnóstico correto consiste em uma boa anamnese e exame físico. A ecografia é útil em diferenciar massas sólidas de massas císticas. O nódulo cervical pode ser o sintoma inicial de aproximadamente 12% dos casos de tumores de cabeça e pescoço e no caso dos carcinomas papilares da tiroide é de cerca de 14%. A biópsia por agulha fina com exame citológico tem-se tornado importante ferramenta no diagnóstico de massa cervicais, para confirmação de metástase, contribuindo para o estadiamento e planeamento terapêutico, mas depende de um patologista treinado.

**Objetivo:** Demonstrar a dificuldade no estudo de doentes com metastização ganglionar como primeiro sintoma de carcinoma papilar da tiroide. Os autores apresentam um caso clínico de jovem adulto com massa cervical à dt<sup>a</sup>, cujo estudo citológico de adenomegalia única revelou metástase de carcinoma com perfil imunohistoquímico compatível com origem na glândula tiróidea, apresentando-se esta, normal nos exames de imagem. Sem evidência em TC e na Eco de outras adenopatias suspeitas. O jovem adulto tinha um microcarcinoma papilar multifocal, bilobar, agressivo, com metastização do nível III e IV direitos.

**Caso clínico:** ♂ de 32 anos com tumefação no 1/3 médio do triângulo lateral dt<sup>o</sup>, palpável, não pulsátil, sem sinais inflamatórios, pouco móvel, associado a contratura cervical com cerca de 6 meses de evolução e crescimento célere; Sem hx de irradiação cervical ou trauma. Sem sintomas constitucionais. Eco de tecidos moles de 6/2018 revela imagem ovalada de 60 x 22 x 32 mm na cadeia jugulo carotídea dt<sup>a</sup>, adenomegalia parcialmente necrosada. Tiroide de morfologia e dimensões normais.

TC Cervical de 1/2019: Confirma-se lesão nodular ovalada com 4,4 cm x 2,1 cm jugulo-carotídea inferior direita sugestiva de adenomegalia; percorrendo as restantes estruturas cervicais abrangidas registam-se pequenas formações ganglionares jugulocarotídeas bilaterais.

CBA de 2/2019 de nódulo de 36 x 23 mm no 1/3 medio da cadeia jugulo-carotídea; O quadro citológico é positivo para carcinoma, sugerindo proveniência de carcinoma papilar tiroideo.

Tiroidectomia Total+Esvaziamento Cervical Selectivo do compartimento central bilateral, III e IV direitos em 27/3/2019

Histologia: no LD, estrutura de carcinoma papilar microesclerosante de 2mm - não capsulado; no LE foco de 2mm de carcinoma papilar variante "folicular"; no istmo foco de 2mm de carcinoma papilar variante "folicular" "Esvaziamento ganglionar do compartimento III/IV" – metástase ganglionar linfática de carcinoma papilar, sólido-cístico, não exteriorizado ao tecido adiposo periganglionar. Sem evidência de gg metastáticos no compartimento central.

**Conclusão:** Carcinoma papilar tiroideo multifocal, bilobar e no istmo, de tipo microesclerosante à direita, com metástases ganglionares regionais. pT (m)NM: pT(m)1a N1b ILV0 R0  
Em consulta de grupo oncológico de 23/4/2019 - iodo radioativo e frenação da TSH.

**Conclusão:** A ecografia diagnosticou a adenopatia e orientou a CBA, permitindo orientar o tratamento. Os exames de imagem não identificaram as outras adenopatias metastáticas no nível III, nem o tumor primário, milimétrico, que neste caso se demonstrou muito agressivo dado a sua histologia.

## P 04

### QUANDO A ECOGRAFIA FAZ TODA A DIFERENÇA! CASO CLÍNICO

Florinda Cardoso; Alexandre Alves; Alcinda Reis; Mário Nora

*Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga*

**Introdução:** O carcinoma papilar do canal tireoglossal é um tumor maligno que se desenvolve no cisto do canal tireoglossal. É uma entidade rara, diagnosticada geralmente na idade adulta e caracteriza-se pelo seu comportamento benevolente.

**Objetivo:** Apresentamos este caso pela sua raridade e forma de apresentação, e porque foi após a realização da ecografia tireóidea que se fez luz para um provável diagnóstico e orientação terapêutica.

**Caso clínico:** ♂ de 47 anos orientado para a Consulta Externa de Cirurgia em 01/02/2017 por apresentar massa na região submentoniana, na linha média, com 4 meses de evolução, de crescimento rápido, indolor. Sem sintomas constitucionais. Nega processos inflamatórios prévios e sem história de irradiação cervical. Ao EO apresentava tumefação dura, pouco móvel, com cerca de 5cm de Ø. Bordos mal definidos, superfície irregular. Não móvel com a protusão da língua, fixa aos planos profundos, sem invasão cutânea. Portador de TC Pescoço de 18/01/2017: Na região sublingual e pré tireóidea referenciamos formação nodular captante com 14 x 8mm revelando calcificação periférica anterior envolvida por conglomerado de adenopatias; etiologia algo inespecífica (glândula sublingual?). Sem outras adenomegalias cervicais”.

Consulta de ORL: laringoscopia indireta normal.

CBA de 02/02/2017: sugere tratar-se de ADENOCARCINOMA, com possível origem pulmonar, esofágico ou tireóideo.

TC toracoabdominopélvico e Endoscopia Digestiva Alta de 16/02/2017: sem alterações significativas. Eco tireóidea de 16-02-2017: formação nodular heterogênea, lobulada, maioritariamente quística, com algumas áreas centrais sólidas, esboçando pequenos focos hiper-reflectivos sugestivos de calcificações. Tireóide de normais dimensões, contornos regulares e ecoestrutura homogênea, sem nódulos individualizáveis. Não se observam adenomegalias laterocervicais ou outros processos expansivos. Os aspectos imagiológicos da lesão cervical são sugestivos de neoplasia da tireóide em canal tireoglossal.

Cintigrafia da Tireóide com Iodo-131 de 13/03/2017: Sem evidência focos de captação extra-tireóidea do radiofármaco que possam sugerir tecido tireóideo funcionante, nomeadamente na região do canal tireoglossal ou na região submentoniana.

Operação de Sistrunk em 22/03/2017, com pedido de exame extemporâneo. Histologia: retalho de corpo de osso hióide com 25 x 15mm e ao qual adere estrutura nodular, de superfície bosselada e, ao corte, de aspeto multiquístico, com locas de tamanho variável, paredes finas, a maior com 12mm, e ainda com algumas áreas sólidas, de aspeto microgranuloso e conteúdo sero-hemático. O exame histológico, permite confirmar o diagnóstico provisório fornecido per-operatoriamente e mostra estruturas próprias de CISTO DO DUCTO TIROGLOSSAL, onde se desenvolve neoplasia epitelial maligna com características próprias de CARCINOMA PAPILAR, variante "clássica", que invade a parede; não se identificam imagens sugestivas de permeação vascular linfática; à peça aderem

dois gânglios linfáticos de tamanho variável, ambos histologicamente não metastizados. Em consulta de Grupo Multidisciplinar de 14-04-2017 decidiu-se vigilância, na consulta externa de Cirurgia Geral. Exames de seguimento de abril de 2019 dentro da normalidade.

**Conclusão:** Os exames complementares de diagnóstico, incluindo a ecografia da tireoide, são operadores dependentes, e neste caso clínico orientou o estudo posterior e o planeamento cirúrgico.

## P 05

### INFEÇÃO DO QUISTO DO CANAL TIREOGLOSSO

Carolina Cairrão Padilha; Lara Delgado  
*Centro Hospitalar Lisboa Ocidental*

**Introdução:** O quisto do canal tireoglossos (QCT) é uma das causas mais frequentes de massa na linha média do pescoço. Na idade pediátrica é frequentemente assintomático, contudo na idade adulta é frequentemente diagnosticado no contexto de infeção. Torna-se por isso imprescindível estar familiarizado com as apresentações e achados imagiológicos do QCT. Apresentamos um caso clínico de um adulto, sem antecedentes pessoais de relevo, que se apresenta com uma massa na linha média e anterior do pescoço.

**Objetivos:** Rever as principais complicações do QCT, assim como, fisiopatogenese deste, epidemiologia, localizações típicas, diagnósticos diferenciais, aspetos imagiológicos e tratamento.

**Caso clínico:** Homem de 64 anos, fumador e sem outros antecedentes pessoais relevantes, apresentou-se ao serviço de urgência de otorringolaringologia por tumefação com 12h de evolução, ao nível da região cervical anterior, não dolorosa. Ao exame objetivo estava afebril e sem alterações dos sinais vitais, apresentando massa firme e não eritematosa na região anterior e media do pescoço.

Neste contexto, realizou ecografia que mostrou: no pescoço infra-hioide e linha média, formação nodular de conteúdo não-puro, medindo 3 x 3.2 x 1cm em TxLxAP, de limites bem definidos e sem codificação ao Doppler-cor.

Pela história e achados imagiológicos admitiu-se o diagnóstico de infeção de quisto do canal de tireoglossos.

**Conclusão:** O QCT encontra-se frequentemente localizado abaixo do osso hioide, tal como descrito no nosso caso clínico, adjacente à membrana tiroideia. Contudo, estes remanescentes podem-se localizar em qualquer topografia do trajeto criado pela glândula tiroideia primordial desde a base da língua. O diagnóstico diferencial faz-se com adenopatias, quistos dermoides e anomalias odontogénicas.

Quando complicado pode originar obstrução da via aérea pelo rápido crescimento.

O tratamento definitivo do QCT infetado envolve curso de antibioterapia e aspiração, permitindo através do estudo citológico excluir neoplasia. Os organismos responsáveis pela infeção são frequentemente o *Staphylococcus epidermis*, *Haemophilus influenzae* e *Staphylococcus aureus*.

## P 06

### LINFOMA PRIMÁRIO DA TIROIDE – UM DIAGNÓSTICO RARO

Carolina Cairrão Padilha; Lara Delgado;  
Francelina Fernandes  
*Centro Hospitalar Lisboa Ocidental*

**Introdução:** O linfoma primário da tiroide é uma neoplasia incomum. As modalidades terapêuticas variam das outras neoplasias tiroideias, pelo que se torna imprescindível fazer o correto e atempado diagnóstico. O linfoma primário da tiroide encontra-se frequentemente associado a tiroidite de Hashimoto e os pacientes apresentam-se com massa de crescimento rápido envolvendo a tiroide, associado a adenopatias locorregionais. Apre-

sentamos um caso clínico de doente com tiroidite de Hashimoto e que se apresenta com massa cervical de crescimento rápido.

**Objetivo:** Rever as principais neoplasias da tiroide, enfatizando a prevalência, apresentação e diagnóstico de linfomas que surgem sobre a forma de massa tiroideia.

**Caso clínico:** Doente de sexo feminino, 74 anos, seguida em consulta de endocrinologia por hipotiroidismo, no contexto de tiroidite de Hashimoto.

Por queixas de aumento marcado e repentino da tiroide, disfonia e perda de voz, foi vista em consulta, onde apresentava massa pétreo-cervical direita com cerca de 10 cm.

Neste contexto, realizou ecografia tiroideia onde se observava: com maior expressão à direita, tiroide de limites mal-definidos, com ecoestrutura heterogénea, com múltiplas formações nodulares hipoecogénicas e confluentes (...) formações adenopáticas, as maiores na cadeia jugular interna direita.

Com base na anamnese, antecedentes pessoais e aspetos ecográficos foram consideradas as hipóteses de diagnóstico de tumor primário da tiroide *versus* envolvimento secundário de doença linfoproliferativa.

Para melhor caracterização imagiológica efetuou estudo complementar por TC, onde foi descrito: alteração da habitual anatomia e morfologia da glândula tiroideia que foi substituída por “massa de partes moles”, heterogénea, com discreta captação heterogénea de produto de contraste, de contornos lobulados, com predomínio mediano central e anterior, que se estende desde o limite do osso hioide até ao pescoço infra hioide (...) adenopatias nas cadeias ganglionares laterocervicais e na transição cervico-supraclavicular.

Desta forma, realizou-se citologia aspirativa de agulha fina (CAAF) ecoguiada, da massa tiroideia e de adenopatia latero-cervical, que revelou: amostras com marcadas alterações

degenerativas, ambas correspondendo a tecido ganglionar linfático, com fundo hemático e corpos linfoglandulares, observando-se numerosos linfócitos grandes, atípicos, com um ou vários nucléolos proeminentes; não se observa tecido tiroideu nem metástases de carcinoma; aspetos sugestivos de LNH B DCG.

Foi encaminhada para a consulta de hematologia-oncologia onde, para determinar a natureza da massa (primária *versus* secundária), realizou: biópsia osteomedular (negativa); imunofenotipagem da medula óssea (negativa para população de LNH B), mielograma (negativo) e estudo de citogenética (negativo). Ainda mais, realizou Tc toraco-abdominopélvico, que mostrava também a presença de adenopatias mediastínicas, mas sem evidência de organomegalias ou adenopatias infra-diafragmáticas. Perante os achados considerou-se o diagnóstico final LNH B DCG primário da tiroide, estadio IIE.

**Conclusão:** O LNH B DCG pode ser facilmente diagnosticado por CAAF. Pacientes com antecedentes de tiroidite de Hashimoto devem ser seguidos regularmente, pelo risco acrescido de desenvolvimento do linfoma, sendo que qualquer crescimento anómalo e rápido da glândula tiroideia deve criar alto grau de suspeição no clínico para a possibilidade deste diagnóstico.

## Organização

# SPEM

Sociedade Portuguesa  
de Ecografia Médica

## Comissão Organizadora

Dr. Francisco Mascarenhas Gaivão

Dr. Idílio Gomes

Dra. Sofia Raposo

Dra. Mariana Rei

## Comissão Científica

Dra. Cláudia Freitas

Dr. João Capela

Dra. Raquel Martins

## Sponsors

**Canon**  
CANON MEDICAL SYSTEMS

**FUJIFILM**

 **LÉLEMAN**

**SIEMENS**  
**Healthineers**

**MERCK**

## Secretariado

**ad**medic<sup>+</sup>

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa

T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19

E: paula.cordeiro@admedic.pt | W: www.admedic.pt