



CONCURSO PÚBLICO PARA PROFESSOR DE MAGISTÉRIO SUPERIOR

Perfil de atuação: Endocrinologia

Ponto sorteado: Ponto 2 – Doenças da tireoide: hipotireoidismo, hipertireoidismo, nódulos e câncer de tireoide.

ESPELHO DA PROVA

Hipotireoidismo

- Fatores de risco, etiologia, sinais e sintomas, exame físico, diagnóstico laboratorial e tratamento.

Definição:

Síndrome clínica de hipometabolismo decorrente da deficiência de produção ou ação dos hormônios tireoideanos.

Causas:

Primário : Hashimoto, deficiência de iodo (rara no Brasil), pós iodoterapia/tireoidectomia , resistência aos hormônios tireoideanos , congênita, secundário à drogas – lítio.

Secundário e terciário: lesões hipofíse /hipotálamos, doenças autoimunes, traumas.

Quando rastrear:

Mulheres idade fértil, história familiar, anti tpo positivo , teste do pezinho, crianças com déficit crescimento ponderoestatural, dislipidemia , insuficiência cardíaca, síndromes edemigênicas ,síndrome de turner ,síndrome de down , pós TCE, hipopituitarismos.

Quadro clínico:

Fadiga, ganho de peso, intolerância ao frio, constipação, pele seca, queda de cabelo, bradicardia.

Rouquidão - fator clínico que melhor se relaciona.

Grave: coma mixedematoso

- Em crianças: atraso no crescimento e desenvolvimento.
- Em idosos: sintomas discretos (“depressão”, lentificação cognitiva).

Exames laboratoriais:

- TSH ↑, T4 livre ↓ → diagnóstico de hipotireoidismo primário.
- TSH ↓ ou normal, T4 livre ↓ → hipotireoidismo central (hipófise/hipotálamo).
- Anticorpos anti-TPO e anti-tireoglobulina → confirmam tireoidite de Hashimoto.

Conduta:

- Levotiroxina VO 1,2-1,6 mcg/kg/dia (ajustar conforme idade e comorbidades).
- Controle com TSH após 6–8 semanas.
- Em idosos ou cardiopatas: iniciar dose menor (25–50 mcg/dia).

Ponto extra: Hiposubclínico.

Hipertireoidismo

- Fatores de risco, etiologia, sinais e sintomas, exame físico, diagnóstico laboratorial e tratamento.

Quadro clínico:

- Perda ponderal, taquicardia, intolerância ao calor, tremores, ansiedade, diarreia, fraqueza muscular proximal, sintomas neurológicos e psiquiátricos.

- Em Graves: bócio difuso + exoftalmia (exclusiva da doença de graves) + mixedema pré-tibial+ acropatia do graves.

Em idosos : hipertireoidismo apatético.

Paralisia periódica hipocalemica : homens , jovens , quadros súbitos de perda de força proximal , paroxísticas.

Causas principais:

- Doença de Graves (autoimune).
- Bócio multinodular tóxico e adenoma tóxico (produção autônoma).
- Tireoidite subaguda ou linfocítica → liberação transitória de hormônio.
- Iatrogênica- uso inadvertido de hormônios tireoedianos

Secundário à drogas – amiodarona.

Diagnóstico:

Uso de hormônios tireoedianos , anticorpos , ultrassonografia e cintilografia de tireoide quando necessária.

- TSH ↓, T4 livre ↑ e/ou T3 ↑.
- Captação de radioiodo: ↑ em Graves e bócio tóxico; ↓ em tireoidites.
- Anticorpo anti-receptor de TSH (TRAb) → confirma Graves.

Conduta:

Sintomáticos:

- Betabloqueadores para sintomas adrenérgicos e anti-inflamatório não esteroide nas tireoidites dolorosas.

Para redução de produção do hormônio:

- Antitireoidianos: metimazol ou propiltiouracil (PTU).

Metimazol- preferido por adesão.

PTU- preferido na crise tireotóxica por inibir conversão periférica.

Efeitos colaterais mais graves : anemia aplásica e lesões cutâneas.

- Opções definitivas- falha terapêutica (necessidade de altas doses de antitireoideo para controle metabólico) ou outras indicações para tratamento definitivo (bócio mergulhante , nódulo suspeito, complicações cardiovasculares - FA, IC).

Radioiodo - trab mais baixo , bócios menores , contraindicação à cirurgia.

ou cirurgia- bócios grandes , trab elevado , gestantes ou previsão de gestação próxima.

Adenomas tóxicos - iodoterapia ou cirurgia (em idosos com contraindicações pode-se usar antitireoidianos em doses baixas).

Ponto extra:

- Crise tireotóxica → urgência: PTU + iodo + betabloqueador + corticoide.

Nódulos tireoidianos

- Avaliação diagnóstica: história clínica e exame físico, avaliação laboratorial da função tireodiana, avaliação por imagem (incluindo classificação TIRADS e ATA).
- Indicações de punção aspirativa por agulha fina.
- Manejo dos nódulos tireoidianos.

1. Avaliação inicial:

- História (crescimento rápido, rouquidão, irradiação cervical, história familiar de câncer).
- Exame físico (consistência dura, fixo, linfonodos).
- TSH + ultrassonografia cervical.

2. Interpretação:

- TSH baixo → cintilografia para avaliar se o nódulo é “quente” (hiperfuncionante → raramente maligno).
- TSH normal ou alto → prosseguir com USG e punção aspirativa (PAAF) conforme critérios (TIRADS) e fatores de risco.

3. Achados ultrassonográficos suspeitos:

- Hipoeogenicidade, microcalcificações, bordas irregulares, mais alto que largo, invasão extratireoidiana.

4. Classificação citológica (Bethesda):

- I – Insatisfatória
- II – Benigna
- III – Atipia de significado indeterminado
- IV – Neoplasia folicular
- V – Suspeito para malignidade
- VI – Maligno

5. Conduta:

- Bethesda II → seguimento.
- Bethesda III/IV → repetir PAAF, testes moleculares ou considerar cirurgia.
- Bethesda V/VI → tireoidectomia.

Câncer tireoide

- Classificação dos tumores tireoidianos.
- Características gerais epidemiologia, quadro clínico, diagnóstico, rastreamento, tratamento e prognóstico dos principais tipos de tumores malignos tireoidianos (papilífero, folicular, medular e anaplásico).

1. Tipos principais:

- Papilífero (85%) → melhor prognóstico; metástase mais linfonodal.
- Folicular → hematogênico (osso, pulmão).
- Medular → células C; secreta calcitonina; associado ao NEM 2 não responde à iodoterapia.
- Anaplásico → agressivo, histologia desorganizado, mais comum em idosos

Representa <2% dos cânceres de tireoide, mas com altíssima mortalidade (sobrevivência média < 6 meses).

- Em geral, diagnóstico em estágio IV, com invasão local e metástases.
- O tratamento é multimodal, combinando cirurgia (quando possível), radioterapia e terapias sistêmicas.

2. Diagnóstico:

- PAAF (Bethesda VI) + ultrassonografia cervical.
- Dosar calcitonina se suspeita de carcinoma medular.

3. Conduta:

- Papilífero/Folicular: tireoidectomia total/ subtotal ± radioiodo; TSH suprimido com levotiroxina.

Lobectomia + istmectomia:

- Indicada para tumores ≤ 1 cm (microcarcinomas), unifocais, sem invasão extratireoidiana e sem metástase linfonodal.

- Tireoidectomia total

Indicada quando:

- Tumor >1 cm
- Multifocalidade
- Invasão extratireoidiana
- Metástase linfonodal ou à distância
- Histologia agressiva
- História de radioterapia cervical prévia ou doença bilateral.

Dissecção cervical linfonodal:

Terapêutica: se há metástase linfonodal confirmada.

Profilática: apenas para tumores >4 cm ou com invasão local (em centros experientes e casos selecionados).

- Medular: tireoidectomia total + esvaziamento cervical; rastrear NEM 2 (RET mutação). Pacientes com doença localizada e calcitonina indetectável pós-cirurgia.

- Conduta: acompanhamento clínico.

- Monitorar calcitonina e CEA semestralmente.

Recidiva local ou metástases isoladas (linfonodo/pulmão/fígado):

- Considerar ressecção cirúrgica ou radioterapia externa.

Doença metastática, irresssecável ou progressiva

- Terapia-alvo (TKIs) — drogas que inibem a via RET/VEGFR:

- Anaplásico: tratamento paliativo (radioterapia, quimioterapia-).levantiinibe, inibidores de tirosina kinase, imunoterapia pembrolizumabe e terapias alvo para mutações específicas.

4. Prognóstico:

- Melhor: papilífero jovem <45 anos, sem metástase.
- Pior: anaplásico, invasão local, metástases à distância.

Seguimento :



Papilífero e folicular : tireoglobulina / antitireoglobulina + tsh suprimido + _ pci controle / imagem.

Ponto extra:

Alvos de TSH (papilífero e folicular):

- Alto risco: $<0,1$ mUI/L
- Risco intermediário: $0,1-0,5$ mUI/L
- Baixo risco / livre de doença: $0,5-2$ mUI/L

Lúcia Patrícia Bezerra Gomes da Silva
Coordenação de Bancas