

ENDOCRINOLOGIA

Nódulo de tireoide: critérios ultrassonográficos e indicação de PAAF

CENBRAP | EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA

Sumário

Matriz de decisão	2	Contexto e TSH	3
Laudo e ACR TI-RADS	4	Modificadores e sistemas	5
Múltiplos nódulos	6	Caso aplicado	6
Folha clínica	10	Referências	11

A matriz que evita a punção errada

A pergunta não é “o nódulo tem mais de 1 cm?”. A pergunta é: **TSH, sistema, categoria, maior diâmetro e modificadores conduzem à PAAF deste alvo específico?**

> **Ferramenta central:** contexto clínico > TSH > laudo estruturado > sistema e categoria > limiar dimensional > modificadores > alvo > próximo passo.

Oito decisões antes de assinar o pedido

1. Confirme nódulo verdadeiro e contexto clínico.
2. Use o TSH para ordenar a investigação.
3. Exija sistema, categoria e três medidas.
4. Cruze categoria e maior diâmetro no mesmo sistema.
5. Procure linfonodos, extensão e localização crítica.
6. Em múltiplos nódulos, selecione por risco.
7. Identifique precisamente o alvo.
8. Registre ação, prazo e próximo passo.

1. Contexto clínico: há motivo para sair da tabela?

Irradiação prévia, câncer familiar ou síndrome hereditária, crescimento rápido, disfonia persistente, disfagia, dispneia, nódulo fixo e adenopatia elevam a preocupação. O ultrassom precisa avaliar a tireoide e os compartimentos cervicais.[1,2]

Linfonodo suspeito, possível extensão extratireoidiana, localização crítica, alto risco clínico e sintomas compressivos exigem correlação própria. Cisto puro não necessita de PAAF diagnóstica; aspiração terapêutica é outra indicação.[1,2]

2. TSH baixo muda a sequência

Se o TSH estiver abaixo da referência, faça cintilografia antes de decidir a PAAF e correlacione o foco funcional com o nódulo visto no ultrassom. Em glândula multinodular, essa correspondência precisa ser nódulo a nódulo.[1,2]

TSH baixo
cintilografia > correlação com ultrassom > definição do alvo. Nódulo concordantemente hiperfuncionante, em regra, não recebe PAAF rotineira.

TSH normal ou elevado
categoria, diâmetro e modificadores continuam governando a decisão.

3. O laudo precisa permitir a ação

Localização, três medidas, composição, ecogenicidade, formato, margens, focos ecogênicos, extensão extratireoidiana, linfonodos e categoria do sistema precisam estar visíveis.[1,3,4]

Se falta categoria
Revise as imagens ou discuta com radiologia antes de escolher um limiar.

Se falta o sistema
Não misture categoria ACR, EU-TIRADS ou outro método com uma tabela diferente.

4. ACR TI-RADS: categoria + maior diâmetro

Categoria	PAAF	Seguimento
TR1	Não	Não
TR2	Não	Não
TR3	≥ 2,5 cm	≥ 1,5 cm
TR4	≥ 1,5 cm	≥ 1,0 cm
TR5	≥ 1,0 cm	≥ 0,5 cm

Um TR3 de 2,1 cm permanece em seguimento. Um TR5 de 1,2 cm alcança o limiar de PAAF. O tamanho só produz uma decisão quando está ligado à categoria correta.[3,4]

5. Crescimento não substitui reestratificação

A ETA considera crescimento significativo aumento de pelo menos 20% em dois diâmetros, com incremento mínimo de 2 mm, ou aumento de volume superior a 50%. Confirme que é o mesmo nódulo, compare imagens e procure mudança do padrão. Crescimento isolado não diagnostica malignidade.[1]

Conheça a Pós em Endocrinologia do CENBRAP

6. O EU-TIRADS tem cortes próprios

Em regra, a ETA recomenda PAAF para EU-TIRADS 5 acima de 10 mm, EU-TIRADS 4 acima de 15 mm e EU-TIRADS 3 acima de 20 mm. Linfonodo suspeito, possível extensão extratireoidiana e localização crítica podem antecipar a investigação no algoritmo europeu.[1]

> **Não faça:** usar uma categoria ACR com corte EU-TIRADS, ou vice-versa. Sem o nome do sistema, esclareça a classificação antes de indicar PAAF.

7. Modificadores que mudam a rota

Linfonodo suspeito
Correlacione com o nódulo e avalie o próprio linfonodo.

Extensão extratireoidiana
Revisão especializada e definição anatômica.

FDG-PET focal
Considere biópsia acima de 1 cm em expectativa de vida habitual, ponderando o contexto oncológico.

Cisto puro
Sem PAAF diagnóstica; aspiração terapêutica tem outra finalidade.

8. Tireoide multinodular: o maior não manda

Classifique cada lesão relevante. Quando mais de um nódulo cumpre critérios, priorize os maiores escores. O pedido precisa identificar lobo, terço, medidas e categoria.[2-4]

> **Pedido seguro:** "PAAF guiada por ultrassom do nódulo do lobo direito, terço médio, 1,2 × 1,0 × 0,9 cm, ACR TI-RADS 5."

9. Caso aplicado

Mulher assintomática, TSH normal, sem linfonodos suspeitos. Nódulo A: TR3 de 2,1 cm. Nódulo B: TR5 de 1,2 cm.

Decisão: o TR3 entra em seguimento e o TR5 é o alvo da PAAF.
Discriminador: categoria + maior diâmetro.
A evitar: pedir "punção do maior nódulo".
Próximo passo: correlacionar Bethesda com a imagem; repetir PAAF guiada se a amostra for não diagnóstica.[3–5]

10. Depois da PAAF: a concordância importa

O Bethesda organiza a citologia em seis categorias. "Indeterminado" não equivale a câncer. Resultado benigno não encerra automaticamente um caso com forte discordância ultrassonográfica. Amostra não diagnóstica em nódulo relevante costuma exigir nova PAAF guiada por ultrassom. [1,2,5]

Imagem e citologia concordantes
Conduza conforme categoria, sintomas e seguimento.

Imagem e citologia discordantes
Revise imagens, adequação da amostra e citopatologia antes de encerrar.

Três cenários de consulta

TR4 de 1,2 cm
Está abaixo de 1,5 cm para PAAF e acima de 1,0 cm para seguimento. Sem modificadores, documente vigilância e prazo.

TR5 de 0,8 cm
Está abaixo de 1,0 cm para PAAF e acima de 0,5 cm para seguimento. Revise linfonodos, extensão e localização crítica antes de manter vigilância.

TSH baixo + TR5
A categoria não elimina a etapa funcional. Faça cintilografia e correlacione o foco com o nódulo antes de definir punção.

Dois nódulos elegíveis
Selecione por risco e identifique com precisão. Não transforme "dominante" em sinônimo de alvo.

Regra operacional: toda decisão deve terminar com uma ação, um alvo ou prazo, o dado que sustentou a escolha e o próximo passo se o resultado não confirmar a hipótese.

Seguimento ACR quando a PAAF não é indicada

Categoria	Ultrassom
TR3	1, 3 e 5 anos
TR4	1, 2, 3 e 5 anos
TR5	Anualmente por até 5 anos

Se a categoria aumentar, antecipe o próximo ultrassom para um ano. Se o crescimento levar o nódulo ao limiar de PAAF, reavalie a indicação.[4]

O seguimento deve usar o mesmo nódulo e, sempre que possível, o mesmo padrão de medidas. Variações pequenas podem refletir plano de corte ou observador. Antes de classificar como progressão, compare as imagens, confirme a identidade da lesão e recalcule o maior diâmetro. Se o padrão ultrassonográfico se tornar mais suspeito, a nova categoria passa a orientar a conduta. Estabilidade por cinco anos favorece comportamento benigno e permite discutir o encerramento da vigilância pelo ACR.[4]

Folha clínica: decisão de PAAF

Use para fechar a consulta de modo que outro médico consiga reconstruir o raciocínio.

1. Contexto e fatores de risco

2. TSH e cintilografia

3. Sistema e categoria

4. Maior diâmetro

5. Modificadores

6. Saída clínica
sem PAAF / seguir / cintilografia / PAAF / especialista

7. Alvo exato

8. Prazo e próximo passo

Frase mínima: "Nódulo X, sistema Y, categoria Z, diâmetro W, com/sem modificador; conduta A; reavaliar ou obter resultado B no prazo C."

Conheça a Pós em Endocrinologia do CENBRAP

Referências

1. Durante C, Hegedüs L, Czarniecka A, et al. 2023 European Thyroid Association Clinical Practice Guidelines for thyroid nodule management. Eur Thyroid J. 2023;12(5):e230067. doi:10.1530/ETJ-23-0067.
2. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016;26(1):1-133. doi:10.1089/thy.2015.0020.
3. Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, 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):587-595. doi:10.1016/j.jacr.2017.01.046.
4. American College of Radiology. ACR TI-RADS resources, assessment charts and frequently asked questions.
5. Ali SZ, Baloch ZW, Cochand-Priollet B, et al. The 2023 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. Thyroid. 2023;33(9):1039-1044. doi:10.1089/thy.2023.0141. PMID:37427847.

Nota clínica: material educacional dirigido a médicos. A decisão depende da avaliação individual, do sistema usado no laudo e dos recursos disponíveis.