



Reavaliando a acurácia diagnóstica do rastreo corporal total após dose de radioiodo no carcinoma diferenciado de tireoide.

Paula Martins Fernandes¹; Jose Miguel Dora¹.

1. Unidade de Tireoide, Departamento de Endocrinologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Introdução

O tratamento inicial do carcinoma diferenciado de tireoide (CDT) compreende a cirurgia e para um subgrupo de pacientes a administração de terapia com radioiodo (RIT). No contexto dos pacientes que recebem RIT, a realização do rastreo corporal total (RCT) é fortemente recomendada, mas dados sobre sua acurácia diagnóstica são escassos.

Métodos

Duzentos e sessenta e oito pacientes com CDT, submetidos a tireoidectomia total, que receberam primeira dose de RIT e que realizaram RCT entre 2009 e 2015. Os pacientes com tireoglobulina estimulada (TgE) > 10 ng/mL, captação à distância no RCT ou metástases à distância documentada foram revisados independentemente, por dois especialistas em CDT.

Resultados

Idade ao diagnóstico foi de 46±16 anos, 220/268 (82%) pacientes eram mulheres, carcinoma papilar de tireoide (CPT) foi diagnosticado em 234/268 (87%). O tamanho tumoral foi de 2,7cm (P25-75 1.3-3.5cm), 107/268 (40%) pacientes apresentavam metástase para linfonodos e 26/268 (10%) tinham metástases à distância. Vinte e oito (10%) pacientes tinham captação à distância ao RCT, 9 deles falso-positivos. Nove pacientes foram considerados falso-negativos ao exame (**Figura 1**).

Na população geral, a sensibilidade (Sens) e a especificidade (Esp) do RCT foram de 68% e 96%, e desempenho avaliado pelo Índice de Youden (IY) de 64%. Estratificando o RCT de acordo com a classificação de risco da American Thyroid Association (ATA) a Sens e a Esp do exame para ATA baixo/intermediário risco foi de 17% e 96%, respectivamente com um IY de 13%. No entanto, para o grupo de alto risco da ATA, a performance do exame teve Sens de 82%, Esp de 100% e IY de 82% (p<0,001 vs ATA baixo/intermediário) (**Tabela 1**).

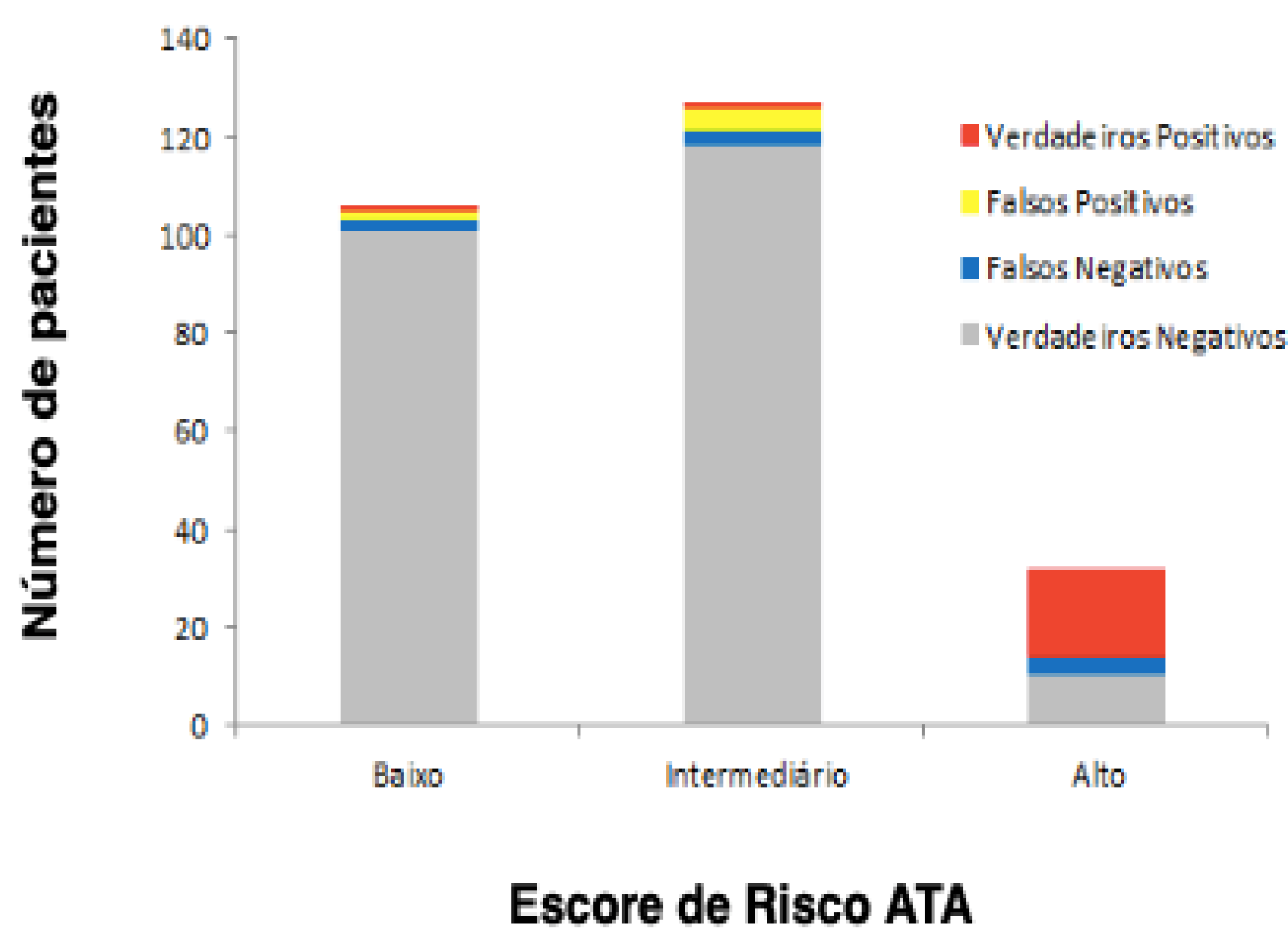


Figura 1. Rastreo corporal total após a primeira dose de radioiodo estratificado pela classificação de risco da *American Thyroid Association*

	Todos (n=268)	Escore de risco da <i>American Thyroid Association</i>			Tireoglobulina estimulada pós-operatória		
		Baixo (n=106)	Intermediário (n=127)	Alto (n=32)	<1 ng/mL (n=28)	1-10ng/mL (n=71)	>10ng/mL (n=75)
Sensibilidade	0,68	0,33	0,25	0,82	NC	0,67	0,69
Especificidade	0,96	0,98	0,96	1,00	0,96	0,99	0,92
Índice Youden	0,64	0,31	0,21	0,82	NC	0,66	0,61
Kappa	0,66	0,27	0,19	0,74	0	0,23	0,70
FP - n (%)	9 (3%)	2 (2%)	5 (4%)	0	1 (4%)	1 (1%)	5 (7%)
VP - n (%)	19 (8%)	1 (1%)	1 (1%)	18 (56%)	0	2 (2%)	9 (12%)
FN - n (%)	9 (3%)	2 (2%)	3 (2%)	4 (13%)	0	1 (1%)	4 (5%)
VN - n (%)	231(86%)	101 (95%)	118 (93%)	10 (31%)	27 (96%)	67 (94%)	57 (76%)

Tabela 1. Performance do rastreo corporal total após a primeira dose de iodo para o diagnóstico de metástases à distância entre os diferentes grupos de carcinoma de tireoide

FP, falso positivo. VP, verdadeiro positivo. FN, falso negativo. VN, verdadeiro negativo. NC, não calculável.

* P=0,535 para ATA baixo risco vs ATA intermediário risco, P=0,065 para ATA baixo risco vs ATA alto risco and P≤0,0001 para ATA intermediário risco vs ATA alto risco, P=0,95 para sPOTg 1-10ng/mL vs sPOTg > 10ng/mL, P=0,69 para sPOTg <10ng/mL vs sPOTg >10ng/mL.

Conclusões

A performance global do RCT sugere que o exame pode ser uma ferramenta útil para diagnóstico de metástases à distância no grupo de alto risco da ATA, mas sua indicação rotineira deve ser reconsiderada para os pacientes de baixo-intermediário risco.