

ANAMNESE MÉDICA

Hospital das Clínicas - Serviço de Endocrinologia e Oncologia

I. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo:	Maria Fernanda Oliveira Santos
Data de Nascimento:	22/07/1985 (40 anos)
Sexo:	Feminino
CPF:	987.654.321-00
RG:	98.765.432-1 SSP/RJ
Estado Civil:	Divorciada
Naturalidade:	Rio de Janeiro - RJ
Profissão:	Professora de Ensino Fundamental
Escolaridade:	Superior Completo - Pedagogia
Endereço:	Av. Atlântica, 1500 Apt. 302 - Copacabana - Rio de Janeiro/RJ
Telefone:	(21) 99876-5432
Convênio:	Unimed
Data da Consulta:	16/10/2025
Prontuário:	2025-15789

II. QUEIXA PRINCIPAL

"Doutora, encontraram um nódulo na minha tireoide e estou muito preocupada."

III. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

Paciente procurou atendimento após descoberta incidental de nódulo tireoidiano durante ultrassonografia de rotina realizada há 2 meses. O nódulo foi descrito como medindo 2,3 cm no lobo direito da tireoide, com características suspeitas (hipoecóico, margens irregulares, microcalcificações). Refere que há cerca de 6 meses vem percebendo sensação de 'caroço' na região anterior do pescoço, mas atribuía a estresse. Nega disfagia, odinofagia ou rouquidão. Relata cansaço progressivo nos últimos 4 meses, ganho de peso de aproximadamente 5 kg, intolerância ao frio, pele mais seca e constipação intestinal. Menciona também episódios de palpitações esporádicas. Realizou punção aspirativa por agulha fina (PAAF) há 3 semanas, com resultado Bethesda V (suspeito de malignidade). Foi encaminhada pelo endocrinologista para avaliação cirúrgica. Nega adenomegalias cervicais palpáveis, perda de peso não intencional ou sintomas compressivos.

IV. HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

Doenças Prévias: Hipotireoidismo subclínico diagnosticado há 2 anos, sem tratamento medicamentoso até o momento. Ansiedade generalizada em tratamento desde 2020. Síndrome do Ovário Policístico

(SOP) diagnosticada aos 28 anos. Histórico de enxaqueca desde a adolescência, controlada com analgésicos.

Cirurgias: Cesárea em 2015 (nascimento da filha). Sem outras cirurgias prévias.

Internações: Apenas para parto cesáreo. Sem internações por outras causas.

Alergias: Alergia a dipirona (rash cutâneo). Nega outras alergias medicamentosas.

História Ginecológica: Menarca aos 12 anos. Ciclos menstruais irregulares devido à SOP. G1P1A0 (1 gestação, 1 parto, 0 aborto). DUM: 28/09/2025. Usa anticoncepcional oral combinado. Último Papanicolau: 05/2025 (normal). Última mamografia: sem indicação por idade.

V. MEDICAÇÕES EM USO

Medicamento	Dose	Posologia	Indicação
Escitalopram	10 mg	1x/dia (manhã)	Ansiedade generalizada
Anticoncepcional oral combinado Etinilestradiol 30mcg + Drospirenona 3mg		1x/dia	SOP / Contracepção
Polivitamínico	-	1x/dia	Suplementação
Naproxeno	500 mg	SOS	Enxaqueca (uso esporádico)

VI. HISTÓRIA FAMILIAR

Mãe: 65 anos, hipotireoidismo em tratamento com levotiroxina há 10 anos. História de câncer de mama aos 58 anos, tratada com mastectomia e quimioterapia, atualmente em remissão.

Pai: 68 anos, hipertenso e diabético tipo 2.

Avó materna: Falecida aos 72 anos por câncer de cólon.

Tia materna: Diagnóstico de carcinoma papilífero de tireoide aos 45 anos, submetida à tireoidectomia total seguida de radioiodoterapia.

Irmã: 35 anos, hígida. Sem história de doenças tireoidianas.

História familiar positiva para: Câncer de tireoide (tia materna), câncer de mama (mãe), doenças tireoidianas autoimunes (mãe).

VII. HÁBITOS DE VIDA E HISTÓRIA SOCIAL

Tabagismo: Nunca fumou.

Etilismo: Consumo social esporádico, 1-2 taças de vinho por mês.

Atividade Física: Pratica yoga 2x/semana e caminhada 3x/semana (30 minutos).

Alimentação: Dieta equilibrada, com boa ingestão de frutas e vegetais. Evita alimentos ultraprocessados. Refere aumento do apetite nos últimos meses.

Sono: Dorme aproximadamente 7 horas por noite. Relata insônia inicial ocasional relacionada à ansiedade, mas melhora com escitalopram.

Situação Social: Divorciada há 3 anos. Mora com a filha de 10 anos. Trabalha como professora em escola particular. Rede de apoio familiar presente (pais e irmã). Refere que o diagnóstico de possível câncer tem causado grande ansiedade e afetado seu sono e concentração no trabalho.

VIII. EXAME FÍSICO

Estado Geral: Paciente em bom estado geral, consciente, orientada, cooperativa, eupneica, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril.

Parâmetro	Valor	Observação
Pressão Arterial	118/76 mmHg	Normal
Frequência Cardíaca	78 bpm	Normal
Frequência Respiratória	14 irpm	Normal
Temperatura	36,4°C	Afebril
Peso	68 kg	Ganho de 5kg em 4 meses
Altura	1,65 m	-
IMC	25 kg/m ²	Sobrepeso (limítrofe)

Pescoço/Tireoide: Inspeção: Aumento de volume discreto em região cervical anterior. Palpação: Tireoide aumentada de tamanho, com nódulo palpável de aproximadamente 2,5 cm em lobo direito, de consistência endurecida, aderido a planos profundos, indolor à palpação. Lobo esquerdo de dimensões normais, sem nódulos palpáveis. Ausência de adenomegalia cervical palpável nas cadeias cervicais anteriores, posteriores, supraclaviculares ou submandibulares. Ausência de sopros na região tireoidiana. Mobilidade da tireoide preservada à deglutição.

Cardiovascular: Ictus cordis palpável, não desviado. Bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas em 2 tempos. Ausência de sopros, extrassístoles ou galopes. Pulsos periféricos palpáveis e simétricos.

Respiratório: Murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios. Expansibilidade torácica simétrica.

Abdome: Plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda. Ausência de visceromegalias. RHA presentes e normais. Cicatriz de cesárea em hipogástrio, bem cicatrizada.

Pele: Pele mais ressecada, especialmente em membros inferiores. Ausência de lesões cutâneas suspeitas. Cabelos ligeiramente quebradiços.

Neurológico: Consciente e orientada. Reflexos osteotendinosos globalmente diminuídos (2+/4+), compatível com hipotireoidismo. Reflexo aquileu retardado bilateralmente. Força muscular preservada. Sensibilidade preservada.

IX. EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

Ultrassonografia de Tireoide (20/08/2025):

Tireoide aumentada de volume. Lobo direito: 5,8 x 2,5 x 2,3 cm. Lobo esquerdo: 4,5 x 2,0 x 1,8 cm. Istmo: 0,4 cm. **Nódulo no lobo direito** medindo 2,3 x 1,9 x 2,1 cm, hipoecóico, margens irregulares, mais alto que largo, presença de microcalcificações. Vascularização central aumentada ao Doppler. **TI-RADS 5** (alto risco de malignidade). Lobo esquerdo com textura heterogênea, sem nódulos. Ausência de linfonodomegalias cervicais.

PAAF - Punção Aspirativa por Agulha Fina (25/09/2025):

Material celular adequado para análise. Presença de células epiteliais foliculares com características de atipia nuclear: núcleos aumentados, com pseudoinclusões nucleares e cromatina em 'vidro fosco'. Presença de corpos psamomatosos. **Conclusão: Bethesda V - Suspeito de malignidade. Padrão citológico compatível com carcinoma papilífero de tireoide.**

Exames Laboratoriais (28/09/2025):

Exame	Resultado	Valor de Referência	Interpretação
TSH	8,2 µUI/mL	0,4 - 4,0 µUI/mL	↑ Elevado
T4 livre	0,7 ng/dL	0,8 - 1,8 ng/dL	↓ Diminuído
T3 livre	2,1 pg/mL	2,3 - 4,2 pg/mL	↓ Levemente diminuído
Anti-TPO	385 UI/mL	< 35 UI/mL	↑ Elevado
Anti-Tg	245 UI/mL	< 40 UI/mL	↑ Elevado
Tireoglobulina	42 ng/mL	1,4 - 78 ng/mL	Normal
Calcitonina	3,2 pg/mL	< 10 pg/mL	Normal
Cálcio total	9,5 mg/dL	8,5 - 10,5 mg/dL	Normal
Hemograma	Normal	-	Sem alterações

Tomografia Computadorizada de Pescoço com Contraste (05/10/2025):

Tireoide com aumento volumétrico difuso. Nódulo sólido no lobo direito medindo 2,4 cm, com calcificações puntiformes no seu interior, realce heterogêneo pelo contraste. Ausência de extensão extratireoidiana ou invasão de estruturas adjacentes. Traqueia centrada, sem sinais de compressão significativa. Linfonodo cervical direito nível VI medindo 0,8 cm, com aspecto reativo (não suspeito). Ausência de linfonomegalias cervicais suspeitas. Ausência de alterações em laringe, faringe ou grandes vasos cervicais.

X. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1. **Carcinoma Papilífero de Tireoide (Nódulo em lobo direito - Bethesda V)** (CID-10: C73)
2. **Hipotireoidismo primário** (CID-10: E03.9)
3. **Tireoidite de Hashimoto** (presença de anticorpos anti-TPO e anti-Tg elevados) (CID-10: E06.3)
4. **Transtorno de Ansiedade Generalizada** (CID-10: F41.1)
5. **Síndrome do Ovário Policístico** (CID-10: E28.2)

Estadiamento Clínico Preliminar (TNM - AJCC 8ª edição):

- **T:** T2 (tumor > 2 cm, ≤ 4 cm, limitado à tireoide)
- **N:** N0 (ausência de metástases linfonodais clinicamente evidentes)
- **M:** M0 (ausência de metástases à distância)
- **Estádio:** Paciente com < 55 anos: **Estádio I** (qualquer T, qualquer N, M0)

XI. CONDUTA E PLANO TERAPÊUTICO

Tratamento Cirúrgico:

Indicada **Tireoidectomia Total** com esvaziamento cervical central (nível VI) profilático. Procedimento agendado para 10/11/2025. Paciente orientada sobre riscos cirúrgicos incluindo: lesão do nervo laríngeo recorrente (rouquidão), hipoparatireoidismo transitório ou permanente, sangramento, infecção e necessidade de reposição hormonal vitalícia.

Preparo Pré-Operatório:

- Avaliação pré-anestésica agendada
- Avaliação otorrinolaringológica com laringoscopia para documentar mobilidade de pregas vocais
- Exames pré-operatórios: Hemograma, coagulograma, função renal
- Avaliação cardiológica (ECG)
- Iniciar **Levotiroxina 50 mcg/dia** para tratamento do hipotireoidismo até a cirurgia

Planejamento Pós-Operatório:

- Anatomopatológico confirmará diagnóstico e extensão da doença
- Dose de levotiroxina será ajustada para dose supressiva pós-operatória
- Avaliação para radioiodoterapia adjuvante (se indicado conforme histopatologia final)
- Dosagem de tireoglobulina e anticorpo anti-tireoglobulina 6-8 semanas após cirurgia
- Cintilografia de corpo inteiro com iodo-131 se indicada radioiodoterapia
- Seguimento com ultrassonografia cervical e marcadores tumorais

Suporte Psicológico:

Encaminhada para suporte psicológico oncológico para manejo da ansiedade relacionada ao diagnóstico. Manter escitalopram. Orientada sobre excelente prognóstico do carcinoma papilífero de tireoide quando adequadamente tratado (sobrevida > 95% em 10 anos para estádios iniciais).

XII. HISTÓRICO DE ACOMPANHAMENTO

Data	Evento	Observações
06/2023	Diagnóstico de hipotireoidismo subclínico	TSH: 5,8. Optado por conduta expectante
01/2024	Consulta de rotina	TSH: 6,5. Paciente assintomática. Manter observação
20/08/2025	USG de rotina	Descoberta de nódulo TI-RADS 5 em lobo direito
02/09/2025	Consulta endocrinologia	Solicitada PAAF. TSH: 7,2
25/09/2025	PAAF	Bethesda V - Suspeito de malignidade
28/09/2025	Exames laboratoriais	TSH: 8,2. Anti-TPO e Anti-Tg elevados
05/10/2025	TC de pescoço	Nódulo 2,4cm sem extensão extratireoidiana
16/10/2025	Consulta atual - Oncologia	Indicada tireoidectomia total
10/11/2025	Cirurgia programada	Tireoidectomia total + esvaziamento central

XIII. PLANO DE SEGUIMENTO A LONGO PRAZO

- **Pós-operatório imediato:** Monitorização de cálcio sérico e PTH
- **6-8 semanas após cirurgia:** Dosagem de TSH, T4 livre, tireoglobulina e anti-Tg. Ajuste de levotiroxina para TSH suprimido (< 0,1 µUI/mL nos primeiros 5 anos)
- **3-6 meses pós-op:** USG cervical de controle
- **Primeiro ano:** Consultas trimestrais com dosagens de Tg e USG cervical semestral
- **Após primeiro ano:** Consultas semestrais se sem evidência de doença
- **Seguimento vitalício** com reposição de levotiroxina e monitoramento de marcadores tumorais

Dra. Ana Paula Ferreira
CRM-RJ 987.654
Endocrinologia - RQE 54321
Cirurgia de Cabeça e Pescoço - RQE 54322