



Tireoidectomia (Benigno)

A Tireoidectomia é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção parcial ou total da glândula da tireoide, em caráter eletivo. A importância clínica dos nódulos tireoidianos está na sua grande frequência e necessidade de excluir o câncer de tireoide^[1] A investigação consiste na realização de ultrassom e a punção biópsia aspirativa com agulha fina guiada por ultrassom. A tireoidectomia está indicada para tratamento de nódulos benignos (Classe II) com crescimento rápido, que atinjam 4cm de diâmetro, mergulhantes no mediastino ou puramente por alteração estética. Dentre as principais complicações relacionadas a este procedimento estão: o seroma, a rouquidão, hipoparatiroidismo transitório em que pode atingir 49% dos casos, dentre os quais 3% poderão apresentar-se de forma permanente; hematoma no pós operatório desenvolvida em 1,25% dos casos e lesão de nervo recorrente.^[2]

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Exames diagnósticos: Ultrassonografia de Tireoide, Punção Aspirativa com Agulha Fina, Tomografia de Tórax e Tomografia de Mediastino Superior, TSH, T4, Anticorpos anti-tireoide (anticorpos anti-tireoperoxidase, anti-tireoglobulina).^[2]

Exames pré-operatórios: Hemograma, coagulograma, Eletrocardiograma, Ecocardiograma e teste ergométrico (a depender da classificação ASA).

CID 10	Definição
D34	Neoplasia benigna da glândula tireoide
E05	Tireotoxicose (hipertireoidismo)
E04.2	Bócio não-tóxico multinodular

3. INDICAÇÃO CIRÚRGICA

A cirurgia é indicada para tratamento dos CIDs especificados na tabela abaixo.

2. SCORE DE RISCO

Elegíveis:

- ASA: I e II;
- Pacientes que não precisam de internação prolongada por comorbidades.

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marcapasso cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

Não Elegíveis:

- Procedimentos não eletivos (origem UPA ou casos de cirurgias realizadas no decorrer de internação para tratamento clínico);
- Casos de complicações ou intercorrências que necessitem de intervenções clínicas e/ou cirúrgicas, acomodação em outro tipo de leito (diferente do descrito neste documento), no prazo estabelecido pelo PG;
- Neoplasia maligna da tireoide.

4. ALOCAÇÃO

- 1 diária de Apartamento de Clínica Médica e Cirúrgica

5. TRATAMENTO [3]

PRÉ-OPERATÓRIO:

- Assinatura dos Termos de Consentimento;
- Avaliação cardiológica para pacientes com idade >40 anos.

ANESTESIA:

- Geral;
- Não administrar inibidores de bomba de prótons pois potencializa hipomagnesemia em casos de hipoparatiroidismo, tornando a hipocalcemia de difícil controle.

CIRURGIA:

- Aberta.

EXAMES

01 Dosagem de Paratormônio (PTH) após 1h da retirada da tireoide.

PÓS-OPERATÓRIO:

- Dieta: Cremosa / Alimentos macios;
- Curativo: 2 opsites pequenos e 1 Steri-strip;
- Cuidados específicos: Avaliar presença de hematoma / Sinais de hipoparatiroidismo (formigamento e câimbra);
- Atividade: Repouso relativo;
- Indicação de exames de controle: NA.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	2g	EV	6/6h
Analgésico (Tylex)	1cp	VO	8/8h
Opioide (Morfina)	2mg	EV	se dor
Antiemético (Ondansetron)	8mg	EV	8/8h
Benalet	1 pastilha	VO	4/4h
Reposição Cálcio (se risco de hipoparatiroidismo):			
Oscal D	500mg	VO	12/12h
Calcitriol	0,25mcg	VO	1x/dia
Profilaxia de TEV (Meias elásticas + Compressor Pneumático Intermitente)	*	*	*

Critérios para Reposição de Cálcio

- Se PTH <5 – Alto risco de hipoparatiroidismo definitivo
- Se PTH entre 5-9 – Risco de hipoparatiroidismo transitório

Critérios para Alta hospitalar

- Sem hematoma
- Sem hipocalcemia sintomática
- Dor controlada

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:

- Dieta alimentos macios;
- Retirar opsite e manter steristrip;
- Uso do curativo Mepiform® por 3 meses, mantendo-o seco;
- Evitar carregar peso, dirigir e trabalhar por 7 dias;
- Evitar a prática de esportes por 30 dias;
- Retorno ambulatorial em 7 – 10 dias;
- Procurar o cirurgião caso apresente formigamento, câimbra, aumento do volume do pescoço, dor ou febre.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1g	VO	8/8h
Benalet	1 pastilha	VO	4/4h
Reposição Cálcio (se risco de hipoparatiroidismo definitivo):			
Oscal D	500mg	VO	12/12h
Calcitriol	0,25mcg	VO	1x/dia

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo Médio de Permanência < 24h;
- Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;
- Complicações Clavien ≥ 3 em até 30 dias após a alta;
- Custo médio da internação (passagem).
- Valor médio faturado.

III- GLOSSÁRIO

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

DM: Diabetes Mellitos

ASA: American Society of Anesthesiologists

IRC: Insuficiência Renal Crônica

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

IMC: Índice de massa corpórea

IV – HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 4: Alteração do template

Referências

[1] Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016; 26:1.

[2] Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid* 2016; 26:1343.

Código Documento: CPTW35.4	Elaborador: Danielle M. Andreoni Fabio Pupo Ceccon	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 02/08/2020 Data de revisão: 17/03/2025	Data de Aprovação: 17/03/2025
--------------------------------------	---	--	---	---	---