

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO BIOMÉDICO

*Doença tireoide
atípicas e alguns detalhes*

TUMORES MALIGNOS DE TIREÓIDE

<i>Bibliografia</i>	<i>- 9</i>
<i>Conteúdo</i>	<i>- 10</i>
<i>Not. de p.</i>	<i>- 9</i>
<i>apresentar</i>	<i>- 9</i>
<hr/>	
	<i>37</i>

2
Nov

[Signature]

Autores: -Maria Aparecida de O Steil
-Marliane Müller de Barba

Curso de Medicina
Clínica Cirúrgica

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO. . . . .	.pg	2
II - DESENVOLVIMENTO . . . . .	.pg	3
1 - Etiologia . . . . .	.pg	3
2 - Classificação . . . . .	.pg	3
2.a - Classificação por estadios clínicos . . .pg		3
2.b - Classificação por tipos histopatológicos.pg		5
3 - Incidência. . . . .	.pg	9
4 - Elementos para diagnóstico diferencial entre nódulos benígnos e malignos . . . . .	.pg	10
5 - Meios de Diagnóstico. . . . .	.pg	11
6 - Tratamento. . . . .	.pg	14
7 - Complicações das Tereoidectomias. . . . .	.pg	15
8 - Prognóstico . . . . .	.pg	17
III - CONCLUSÕES. . . . .	.pg	18
IV - RESUMO - SUMMARY. . . . .	.pg	19
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. . . . .	.pg	20

I - INTRODUÇÃO

Apesar dos recentes progressos adquiridos no campo experimental e clínico da glandula tireóide, especialmente a custa do iodo radioativo, eletroforese, cromatografia, radioimunoensaio, etc, temos a impressão que nenhuma outra neoplasia maligna tem motivado tanta discussão, principalmente no que se refere à conduta terapêutica. No entanto, até a presente data, todos os autores são concordes em indicar o tratamento cirúrgico como o de eleição, complementado ou não pelo iodo radioativo ou administração de hormonio tireoidiano; eventualmente a radioterapia, associada ou não a quimioterapia, tem sido empregada.

II - DESENVOLVIMENTO

1 - ETIOLOGIA

Pouco se conhece sobre a origem destes tumores. Admite-se as seguintes possibilidades:

a - A irradiação ionizante, particularmente de cabeça e pescoço, predisponha ao desenvolvimento do carcinoma de tireóide. Esta hipótese surgiu através da constatação de que estes tumores são mais frequentes nos pacientes que receberam quantidade significativa de radiação na cabeça ou no pescoço durante a infância ou na lactância. (2, 3, 6, 8, 11, 13).

b - A estimulação prolongada pelo TSH segundo Williams, as células hiperplásicas da tireóide, expostas ao TSH durante longo período, podem transformar-se em células tumorais, autônomas capazes de produzirem neoplasia benigna ou maligna. (11).

c - Admite-se também que nos seres humanos, o carcinoma de tireóide, raramente se origina de glândulas normais, assim sendo é razoável presumir-se que derive de células hiperplásicas antecedentes, isto é, de um bócio pré-existente, segundo alguns em mais de 90% dos casos.

Assim em uma tireóide normal, podemos quase excluir a sua presença e, quando tal se verifica, é que provavelmente existia um pequeno adenoma imperceptível ao exame clínico. (11, 17).

2 - CLASSIFICAÇÃO

A classificação, segundo Denoise, baseia-se em dois conceitos, aliando os conhecimentos clínicos aos histopatológicos:

a - Classificação por estadios clínicos

b - Classificação por tipos ou variedades histopatológicas.

É adotado o sistema TNM, correspondendo ao tumor principal e as suas propagações. As letras indicam:

T = tumor inicial

N = invasão dos nódulos ou ganglios satélites

M = metastases a distancia.

2.a - Classificação por estadios clínicos.

Esta classificação corresponde ao exame clínico do tumor, sua menor ou maior proliferação, sua fixação ou não aos planos profundos, sua propagação aos órgãos vizinhos ou sua manifestação à distancia através das metastases.

T = tumor primitivo

T0 = quando não existe tumor clinicamente evidenciado

T1S= quando o carcinoma acha-se circunscrito (carcinoma "in situ")

T1 = quando o tumor é único, isto é, limitado a um lobo e sem alteração da mobilidade glandular

T2 = quando existem tumores múltiplos, porém sem limitações da mobilidade glandular (tumor móvel)

T3 = tumor idêntico ao anterior, porém com fixação da massa tumoral, isto é, com limitação da mobilidade glandular

T4 = tumor invade todas as estruturas vizinhas (traquéia, esofago ou mediastino)

N = adenopatias cervicais

N0 = tumor tireoidiano sem adenopatias cervicais

N1 = adenopatia cervical homolateral e móvel

N2 = adenopatia cervical contralateral e móvel

N3 = adenopatia cervical bilateral e móvel

N4 = invasão de toda a cadeia ganglionar, em ambos os lados, com fixação do tumor em todos os planos.

M = metastases carcinomatosas

M0 = quando não há evidências de metastases

M+ = presença positiva de metastases

M1, M2, M3, M4 = graus ascendentes de invasão metastática no organismo.

No que diz respeito aos tumores malignos tireoidianos, diremos que suas metastases mais frequentes se localizam:

1º - nos campos pulmonares, onde a invasão se dá precocemente, sendo esta infiltração do parênquima um indício de inoperabilidade do tumor primitivo; são as mais frequentemente detectadas.

2º - na coluna vertebral, em qualquer ponto ou região da mesma. A imagem radiográfica encontrada é a chamada "vertebra em marfim".

e assim

3º - no cérebro, onde também podem ser encontradas embora mais raramente, estas metastases clinicamente, se manifestam por convulsões ou paralisias, estas geralmente bilaterais, havendo casos em que a própria massa cerebral se mostrou crescida e assimétrica.

4º - na face e nos braços, onde os edemas são observados frequentemente e sua explicação facilmente relatada pelo comprometimento circulatório de retorno; a estes edemas se juntam, quase sempre, complicações respiratórias e digestivas, devidas à situação metastática no mediastino.

A possibilidade clínica de detecção precoce destas metastases dependerá, independentemente de exames complementares, sobretudo de RX de torax, coluna, bacia, rins ou de linfografias. *Nas - fundamentalmente é a auto cópia*

2.b - Classificação por tipos histopatológicos

Esta se baseia nos critérios histológicos destes tumores ou melhor, na sua distribuição histológica.

- Carcinomas:

a) Diferenciados:

- Papilíferos
- Foliculares ou vesiculares
- Trabeculares ou alveolares
- Tu de células de Hürthle

b) Indiferenciados ou Anaplásicos

- Carcinomas sólidos
- Carcinomas de pequenas células
- Carcinomas de grandes células
- Carcinomas epidermóides

- Sarcomas:

- Linfoossarcomas
- Hemangioendoteliossarcomas
- Fibrossarcomas

- Carcinomas:

a) Carcinomas ~~indiferenciados~~: são considerados como tumores menos malignos e reagem bem a terapêutica. Tem inicialmente a mesma estrutura histológica dos adenomas benignos ou cistoadenomas papilíferos, de onde geralmente se originam. Compreendem os seguintes tipos:

- Carcinomas papilíferos: são os mais frequentes e menos malignos, correspondem a 80% dos carcinomas de tireóide. (2, 5, 6, 9, 11, 13).

É mais frequente no sexo feminino, na segunda e terceira década da vida.

São geralmente lesões solitárias, variando desde focos microscópicos até nódulos que podem atingir 10 cm de diâmetro. (11).

Tendem produzir metastases precoces aos ganglios cervicais linfáticos, quase sempre do lado do tumor, o que facilita sua terapêutica. *Tir*

Esta invasão cervical ganglionar é frequente, mais raramente invadem os vasos sanguíneos venosos sobretudo a veia jugular interna, porém, as metastases pulmonares e ósseas podem ser precoces. (9, 17).

É menos agressivo nos individuos com menos de 40 anos, a sobrevivência é de mais ou menos 10 anos. (5, 17).

As vezes a primeira manifestação da doença é o aparecimento de um ou mais ganglios cervicais, que na biópsia revela neoplasia papilífera tireoidiana. (13).

Os carcinomas esclerosantes não encapsulados são incluídos nos carcinomas papilíferos, considerados como microcancereres de pouca malignidade. Geralmente achados acidentalmente nas tireoidectomias por bócios difusos ou nodulares. (13).

Histologicamente são verificadas modificações em toda arquitetura do tecido tireoidiano, os tumores apresentam um caráter papilífero, em zonas papilares multilaceradas e frequentemente mostram variações no tamanho e nos cortes, existindo áreas com pequenas esferas dentro das zonas papilares. (9).

- Carcinomas foliculares: em geral apresenta-se como nódulo solitário, cintilograficamente frio e dá metastases comumente por via sanguínea, comprometendo sobretudo os ossos (crânio, bacia, coluna, ossos longos) e os pulmões. (5, 9, 11, 13, 17).

É de crescimento lento, exteriorizando-se por pequeno nódulo sem características de malignidade, pelas aderências as estruturas vizinhas, causa sintomas de compressão como disfagia e quando invadido os nervos recorrentes, rouquidão e

*Deer
adherências m.
com aderências*

*71
Rever*

tosse. (11).

Em alguns casos, o nódulo único é muito pequeno, sem evidências semiológicas e a primeira manifestação da doença é uma fratura óssea patológica (femur, tibia, etc).

São menos frequente que os papilíferos. (9, 17).

São tumores TSH reativos, tendem a captar e a metabolizar o iodo e a formar hormônio tireoidiano. (5, 9).

Sobrevivência de 10 anos em 50% dos casos. (5).

Microscopicamente encontramos dentro do tumor, o aspecto tireoidiano normal, porém pobremente diferenciado, notando-se a presença de ácinos em algumas áreas enquanto noutras existem acúmulo de coloide no centro dos ácinos. Nos cortes microscópicos vamos observar pequenas células, indiferenciadas, do tipo fetal, e dispostas desordenadamente ou formando cordões irregulares, com formação de ácino apenas esboçada. (9).

- Carcinomas alveolares: é um tumor bem endurecido, invade precocemente as regiões vizinhas, assim como os vasos sanguíneos e os ganglios satélites, são de mais intenso grau de malignidade que os tumores foliculares. Estes tumores ainda reproduzem a estrutura glandular, porém mostram a tumoração envolvida por cápsula conjuntiva que, em alguns pontos é invadida pelas células neoplásicas; as células apresentam núcleos vesiculares em contato com os capilares e alguns ácinos esboçados. (9).

Observação: alguns autores consideram os tumores foliculares e alveolares como fazendo parte de um mesmo tipo histológico.

- Tumor de células de Hürthle: são tumores raros, bem capsulados e de baixa malignidade. É de evolução clínica lenta, não apresenta metastases inicialmente. Apesar de baixa malignidade deve ser retirado na sua fase inicial, quando ainda se mostra capsulado. (9).

Provem dos adenomas de células de Hürthle, por transformação de suas células.

Microscopicamente suas células tem citoplasma abundante, claro apresentando pequenos núcleos, picnóticos, enquanto os ácinos, esboçados não contém colóide; frequentemente, junto as paredes dos vasos podem observar-se as hemácias mistura-

das as células de estruturas pouco definidas, mas que lembram as malignas. (9).

b) Carcinomas indiferenciados ou anaplásicos:

Incidem em geral na 7a e 8a década da vida. São tumores mais comum no homem. (11).

São altamente malignos, invadindo precocemente toda a estrutura glandular, sendo um dos mais raros. (6, 9, 11, 17).

São tumores fixos a palpação, de consistência dura, até mesmo p^êtreas, com alto grau compressivo das estruturas nervosas e vasculares do pescoço bem como das vias aéreas e digestivas. (8, 13, 17).

Geralmente leva a óbito num prazo de 1 ano. (11).

São considerados como neoplasia de alta malignidade, devendo ser tratadas o mais agressivamente possível, na cirurgia. (8).

- Carcinoma sólido: tumor difuso, muito endurecido, com desaparecimento quase total do estroma glandular. O grau de malignidade é muito elevado; invade com rapidez todos os planos vizinhos e da metastases locais precoces, ao mesmo tempo em que infiltra rapidamente as veias da região. (9). As células neoplásicas se apresentam com disposição tubular separadas por capilares; apresentam núcleos vesiculares ou hiper cromáticos, com disposição aproximadamente acinosa e os núcleos blastomatosos não se encontram encapsulados, havendo desaparecimento quase total das vesículas tireoidianas, que ficam substituídas por células indiferenciadas. (9).

- Carcinoma de pequenas células: tumor que invade rapidamente largas áreas da glandula e frequentemente atinge o músculo da vizinhança. Por ser altamente invasivo, pode ser confundido com o linfossarcoma. (9, 17).

Histologicamente é evidenciado aglomerados de pequenas células com citoplasma muito pequeno e com núcleos homogêneos e muito brilhantes. (9).

- Carcinomas de grandes células: são tumores que normalmente se infiltram nas estruturas vizinhas, sobretudo nos músculos, esofago e traquéia, para logo depois produzir metastases em ossos longos e coluna vertebral. Estas se instalam precocemente e são frequentes, fazendo com que o pro-

gnóstico seja extremamente grave e sua evolução letal seja muito rápida. (9).

São extremamente indiferenciados, existindo abundantes células gigantes.

Nota: carcinoma medular ou sólido, é considerado indiferenciado, porém, não anaplásico, pois embora sua estrutura seja indiferenciada, suas células são regulares e não anaplásicas. Admite-se que se origine não das células do epitélio comum tireoidiano, mas das células "C" ou parafoliculares secretoras de tireocalcitonina. Por isso também é chamado Parafoliculoma. (5, 16).

Dá metastases para pescoço, pulmões e tecidos moles. Evolução semelhante à do carcinoma folicular. Esses tumores estão associados a feocromocitomas e a uma variedade de outros sintomas endócrinos.

Produzem tireocalcitonina e que podem produzir hipocalcemia em resposta a qual podem provocar adenomas de paratireóide, podem também secretar polipeptídeos e por esse mecanismo, desencadear a Síndrome de Cushing. (5).

- Sarcomas:

São mais raros que os carcinomas, cerca de um para cada 10 casos (segundo Crotti) e 1:800 casos segundo estatística de Aloisio Moraes Rego. Alguns autores duvidam da sua presença. (9).

Desenvolve-se quase sempre de um bócio nodular, em que o tecido conjuntivo pode encontrar-se mais ou menos anormalmente, desenvolvendo, alterações degenerativas e metaplásicas. (9, 17). É de crescimento extremamente rápido, podendo alcançar grandes proporções; pode ser móvel e bem limitado, para depois se fixar aos planos vizinhos, invadindo tudo e perdendo, então, a sua friabilidade e mobilidade. (9, 17). Dos sarcomas, os fibrossarcomas são os mais frequentes, histologicamente apresentam células em forma de "velas". (9).

3 - INCIDÊNCIA

Os tumores malignos de tireóide tem uma incidência de 0,5 - 8,8% dentre as afecções da tireóide. (10).

É mais comum no sexo feminino do que no masculino e em indi

vídus jovens, porém pode ocorrer em qualquer idade. Todo nódulo solitário em crianças deve ser considerado maligno até que se prove o contrário.

São mais acometidos os portadores de bôcio nodular e normal_{mente} quando o nódulo é solitário e não tóxico. (3, 10, 13).

A incidência do carcinoma de tireóide aumenta em áreas endêmicas, sendo o fato relacionado ao maior número de bócios no dulares nessas regiões. (13)✓

Admite-se a maior incidência do carcinoma de tireóide, principalmente o papilífero, em indivíduos jovens, que durante a infância receberam irradiações por indicações diversas, tais como hiperplasia tímica, adenopatias, etc. (3, 6, 13)✓

Alguns autores não admitem esta possibilidade, em virtude da dose de irradiação ser muito pequena.

É relativamente frequente a associação de nódulo único adenoma com o carcinoma de tireóide, tem-se procurado estabelecer uma correlação especialmente em seus aspectos evolutivos, ou seja, a transformação de um adenoma em carcinoma. Esta possível transformação não é admitida por todos os autores.✓

Assim, Meissner, Goldman e Mesnanus, consideram Carcinoma como neoplasia desde o início. (18).

A incidência maior do carcinoma em casos com tireoidite crônica de Hashimoto é muito discutida na literatura. (8).

4 - ELEMENTOS PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE NÓDULOS BENIGNOS E MALIGNOS

a - Idade:

50% dos nódulos tireoidianos isolados, em crianças, são malignos (nódulos tireoidianos são raros em crianças).

Quanto mais jovem o paciente portador de nódulo tireoidiano maior a possibilidade de malignidade. (2, 6).

Em geral os carcinomas de tireóide ocorrem antes dos 40 anos.

b - Sexo:✓

Os nódulos malignos são mais frequentes no sexo feminino.

c - Crescimento do nódulo:

Os nódulos benignos tendem a crescer pouco lentamente, enquanto que os malignos apresentam, geralmente, crescimen-

to rápido. (2, 6, 13). ✓

d - Consistência do nódulo: ✓

Nódulo com consistência endurecida, pétrea, aumenta a possibilidade de malignidade. (3, 6).

e - Número de nódulos:

Os tumores malignos de tireóide ocorrem com maior frequência em nódulos cl clinicamente solitários do que em glandu las multi-nodulares. (3, 8, 13). ✓

f - Aderências aos planos vizinhos, presença de gangli- os linfáticos cervicais e paralisia de cordas vocais são ca racterísticas de nódulo maligno. (3). ✓

g - Captação de iodoradioativo:

Nódulos que não captam iodo (frios) cancerizam-se mais frequentemente do que os nódulos captantes (quentes). (6). Devemos lembrar que outras entidades mórvidas como: tireoi- dites, hemorragias, fibroses, etc, também podem se apresen tar frios ao tireograma. ✓

h - Presença de calcificações nos nódulos ao RX:

A presença de calcificações nos nódulos /ao exame radio- lógico é comum nos carcinomas papilíferos. (6). ✓

i - História pregressa:

História pregressa de irradiações em pescoço, mediasti- no, cabeça em pacientes com nódulo único é muito significa- tivo de tumor maligno.

j - Supressão por meio de hormônio tireoidiano:

Nódulos que desaparecem ou se reduzem significativamen- te de tamanho, sob influência de tratamento com hormônio ti reoidiano, particularmente a tri-iodotironina dificilmente são de origem maligna. (6).

teste de supressão

5 - MEIOS DE DIAGNÓSTICO

a - Clínica: - Anamnese

- Exame físico

b - Exames complementares

a - Diagnóstico Clínico:

1.a - Anamnese:

Pouco auxilia no diagnóstico dos carcinomas, porque a história comum de evolução dos tumores malignos (crescimento rápido, invasivo, comprometendo as estruturas vizinhas, disseminação metastática em diversos órgãos, consistência dura, frequentemente pétrea, etc), não é aplicada no caso dos carcinomas de tireóide. (8, 13).

Apenas 20% dos carcinomas indiferenciados de tireóide apresentam um quadro semelhante ao que foi citado.

Nos carcinomas diferenciados, o diagnóstico, a custa da história, é muito difícil. Os principais dados que devem ser lembrados são:

- Presença de nódulo único: nódulo único de crescimento rápido (meses) é mais sugestivo de neoplasia do que o de evolução lenta.

- Incidência em indivíduos jovens: os carcinomas diferenciados predominam em indivíduos jovens.

- Irradiações progressas.

O carcinoma de tireóide pode levar a compressão e desvio da traquéia, produzindo distúrbios respiratórios e de fonação, compressão do esôfago cervical e eventualmente da hipofaringe, levando a disfagia e a odinofagia; compressão das veias cervicais levando a estase jugular e compressão dos nervos laringeos recorrentes, ocasionando paresia ou paralisia das cordas vocais. Este quadro pode ser observado nos casos de bócios intratorácicos principalmente no sexo masculino porém, o comprometimento do nervo recorrente, com consequente paresia ou paralisia da corda vocal, é bem sugestivo de neoplasia, pois, quando isto ocorre, é porque houve invasão do nervo e não compressão. (2, 13).

2.a - Exame Físico:

Deve ser feito uma boa semiologia cervical, através:

- Inspeção:

Observa-se aumento de volume do pescoço, assimetrias, coloração de pele, presença ou não de jugulares túrgidas.

- Palpação:

Verifica-se as características físicas do nódulo ou dos nódulos (como consistência dura, invasão, etc). No entanto, a consistência dura pode ser observada nas tireoidi-

tes e nas calcificações. (13).

b - Exames Complementares:

Na maioria das vezes, as provas que avaliam a função tireoidiana revelam valores normais, pois raramente ocorre as sociação de carcinoma e disfunção tireoidiana.

- Eletroforese:

Foi detectada uma proteína específica no soro de doentes portadores de carcinoma de tireóide, diferente dos compostos iodados tireoidianos habituais. Postulou-se, então, que a ocorrência desta proteína seria consequência da anormalidade da glândula devido ao carcinoma.

Tem sido referido, também, maior quantidade de iodotirosina (as custas do iodo radioativo) no soro de portador de carcinoma, bem como um composto "X" na fração albumina do plasma. (13).

- Cintilografia:

Tem grande importância na avaliação da atividade funcional da área nodular.

A literatura mostra que carcinoma de tireóide está mais frequentemente associado ao nódulo frio que aos nódulos mornos e quentes nos bócios uninodulares.

No caso de bócios multinodulares, a incidência de malignidade é maior quando existe área ou áreas frias. No entanto, é necessário salientar que nem todo nódulo frio corresponde a carcinoma.

É possível, ainda, o encontro de carcinoma em nódulo morno ou quente. (3, 13).

Segundo dados da literatura são os carcinomas alveolares são captantes.

A eventual ^{captacao} encontrada no papilífero deve-se a áreas alveolares no mesmo. Também os carcinomas de células de Hürthle, bem como os medulares e anaplásicos não captam iodoradioativo. (13).

Concluimos que a cintilografia é um elemento auxiliar diagnóstico. Sempre que possível deve ser feito, em especial nos casos de bócio nodular.

- Exame radiológico:

Tem pequeno valor diagnóstico. No que se refere a compressão das vias aéreas e digestivas podemos encontrar este

quadro, com maior frequência nos carcinomas indiferenciados. (13).

A radiografia de pescoço pode sugerir carcinoma papilar se se detecta a calcificação dos corpos "psamona", mas não serve para confirmação. (2, 13).

- Arteriografia:

Não é usada como rotina em nosso meio.

Bobbio e Bezze, realizam a arteriografia através da artéria subclávia, para o diagnóstico diferencial do carcinoma com outras tireopatias. (1, 8).

- Cromatografia:

É usada para identificar compostos orgânicos iodados, diferentes dos habituais, eventualmente encontrado no soro de pacientes portadores de carcinoma de tireóide. (8, 13).

- Biópsia por aspiração ou com agulha rotatória:

Comumente este método não é usado pelo risco de implantação de tumorações nos tecidos superficiais e também a agulha poderá atingir tecido não neoplásico apesar de existir área ou áreas neoplásicas na glândula e assim proporcionar um falso resultado. (8, 13).

- Dosagem de calcitonina e histaminase no sangue pode denunciar o carcinoma medular. (3).

- Exame anatomopatológico por congelação:

Este exame é o que nos dá o diagnóstico de certeza do carcinoma de tireóide, embora algumas vezes, oferece dificuldade de interpretação. (3, 8, 13, 17).

6 - TRATAMENTO

É muito discutido na literatura o tratamento dos tumores malignos de tireóide, há muita controvérsia neste sentido.

sendo ~~que~~ o tratamento cirúrgico é o mais empregado pela maioria dos autores.

1 - Tratamento Cirúrgico:

Segue-se os vários tipos de intervenções cirúrgicas empregadas no tratamento do carcinoma de tireóide. (10):

- Tireoidectomia subtotal

- Lobectomia

-Tireoidectomia total com dissecação unilateral do pes

coço.

- Tireoidectomia total com dissecação bilateral do pescoço em dois tempos

- ~~Tireoidectomia~~ Tireoidectomia total com dissecação bilateral do pescoço em um tempo.

Porém, o tratamento cirúrgico de eleição empregado pela maioria dos autores é a tireoidectomia total (em um ou mais tempos operatórios), seguida do esvaziamento ganglionar cervical radical nos casos que existem ganglios cervicais contaminados. *(Nunca sempre)*

A tireoidectomia total, principalmente no carcinoma papilífero não é aceita por todos. (4). *Quase sempre + tireoidectomia total unilateral de lobectomia*

2 - Tratamento com iodoradioativo:

A destruição pelo iodoradioativo das metástases ósseas e pulmonares bem como de restos cervicais de tecido tireoidiano. (2, 8, 13, 17)

3 - Tratamento hormonal:

São administrados, hormônios tireoidianos (tri-iodotironina ou tri mais tetra-iodotironina) após a realização da tireoidectomia total com um duplo objetivo, quais sejam: o de manter o paciente em eutireoidismo, evitando-se assim o mixedema e, mercê da inibição hipotálamo-hipofisária impedir o crescimento de metástases ou mesmo o aparecimento de novos focos de disseminação. (8). ✓

A base fundamental deste tratamento é a suposição da existência de alguns tumores TSH dependentes. ✓

Nos carcinomas indiferenciados, os resultados não são animadores. (8, 13). *distintamente*

4 - Radioterapia e Quimioterapia:

A irradiação, no tratamento do carcinoma de tireoide, pode ser feita antes ou depois da cirurgia.

No que se refere a radioterapia, antes da cirurgia, devemos considerar dois aspectos: é indicada nos tumores avançados, anaplásicos, sem possibilidade de cirurgia radical, embora os resultados não sejam animadores e os tumores, em geral, sejam radioresistentes.

A quimioterapia é usada nos carcinomas anaplásicos. (8, 13, 17).

7 - COMPLICAÇÕES DAS TIREOIDECTOMIAS

a - Hemorragia: embora em pequena quantidade há um sangramento inevitável da glandula tireóide.

Grave é a hemorragia decorrente da não ligadura de um vaso ou de uma ligadura que soltou. Esta hemorragia, em geral é abundante, se manifesta por um aumento rápido do volume do pescoço. (10, 12).

b - Lesão dos nervos laringeos: além das perturbações da sensibilidade, trás também perturbações motoras sobre a fonação. A lesão do recorrente é muito mais grave pois aginge em cheio a motricidade da laringe, trazendo distúrbios graves sobre a fonação, respiração e deglutição. A gravidade varia com a extensão da lesão, que pôde ser uni ou bilateral, parcial ou total, permanente ou transitória e associada ou não a lesão do laringeo superior. Para isto ser evitado o nervo recorrente deve ser exposto durante o ato cirúrgico. (2, 10, 12, 13).

c - Hipoparatiroidismo: pode ser imediato ou tardio, leve, grave ou frusto. Decorre da retirada de uma ou mais glândulas paratiroides ou de uma nutrição deficiente das glândulas, em consequencia da ligadura das artérias tireoidianas inferiores.

A ligadura destas artérias dá, em geral, uma insuficiencia frusta ou tardia. Há baixa de cálcio, dores musculares ao exercício ou ausencia de contração uterina durante os partos. As formas leves se apresentam imediatamente após a operação e se caracterizam por caimbras, formigamento, dores musculares. As formas graves se caracterizam por contrações musculares fortes e frequentes, acompanhadas de dores, espasmos e formigamento. Os casos mais graves se acompanham frequentemente de catarata. (2, 13, 10, 12, 15).

Tratamento: gluconato de cálcio IM ou EV, vitamina D e parathormonio.

d - Hipertireoidismo: manifesta-se por hipertermia, taquicardia, agitação, náuseas, vômitos, delírios. Decorre de um pré-operatório mal conduzido. Hoje é rara esta complicação. (10, 15).

e - Hipotireoidismo: as vezes desenvolve-se após tireoi

As endocrinopatias e ginecologias

dectomia total ou subtotal, com caráter temporário ou definitivo. A insuficiência tireoidiana se caracteriza por pálpebras empapuçadas, maos entorpecidas, pele e cabelos secos, maior sensibilidade ao frio, desanimo, sonolência, atividade física e mental diminuídas. (10).

f - Lesões de traquéia: ocorrem, sobretudo quando são operados cancers muito aderidos. (7, 10, 15).

g - Pneumomediastino: é uma complicação rara. Ocorre após a abertura da aponevrose cervical. Paciente refere dor e opressão retroesternal, há dispneia e sonoridade mediastínica à percussão. (10, 15).

h - Outras complicações:

- infecção da ferida operatória
- embolias
- laringites e traqueites
- obstrução de laringe por grande hematoma submucoso
- pneumonias, derrame pleural, atelectasias, abscessos pulmonares (são raros). (10).

8 - PROGNÓSTICO

De um modo geral, o prognóstico do carcinoma de tireoide é atualmente bastante favorável, sendo comum e frequente sua cura quando detectados precocemente; em certos casos, como no carcinoma papilífero, a sobrevida é bem longa, vindo os doentes a falecerem de outras causas. (9).

O sucesso é menor no alveolar e no carcinoma de células de K \ddot{u} rthle. É péssimo no carcinoma anaplásico de células gigantes. (10).

III - CONCLUSÕES

1 - O carcinoma de tireóide é mais frequente no sexo feminino e em indivíduos jovens.

2 - Aumento da incidência do carcinoma nos últimos anos, como tem sido descrito por diversos autores.

3 - O carcinoma de tireóide ocorre com maior frequência em nódulos únicos pré-existentes.

4 - O tratamento de eleição no carcinoma de tireóide é a cirurgia (tireoidectomia total de preferência).

5 - As metastases ocorrem mais nos carcinomas foliculares e nos indiferenciados.

6 - Nem sempre um nódulo frio (não captante) de tireóide significa tumor maligno.

7 - O diagnóstico definitivo é dado pelo exame anatomicopatológico por congelação.

IV - RESUMO

Os autores se propuseram a fazer uma revisão bibliográfica sobre tumores malignos de tireóide, sua incidência, classificação, meios de diagnóstico, tratamento e prognóstico.

SUMMARY

The authors review the last literature findings about malignant thyroid tumors. Its incidence, classification, diagnostic methods, treatment and prognostic are considered.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BOBBIO (A.) e BEZZI (E.): Bull Soc. Med. Chir - Remont; 26: 435, 1956.
- 2 - CORONHO (V.): Afecções da Tireóide - I (Quando Operar?); Rev. Clínica Geral; Vol I, nº 2, pg 25, 1976.
- 3 - CORONHO (V.): Afecções da Tireóide - II (Quando operar?); Rev. Clínica Geral; Vol I, nº 3, pg 27, 1976.
- 4 - CRILE (E. Jr): Treatment of carcinoma of thyroid: In thyroid neoplasia, Yong (S.) e Inmann (O.R.), Academie Press London and Nex Yorb, 1968.
- 5 - Cecil - Loeb: Carcinoma de Tireóide, Tratado de Medicina, Vol II, 13a edição, pg 1760 e 1763.
- 6 - Mattar (E.): Conduta atual nos nódulos de Tireóide; Rev Clínica Geral; Vol II, nº 3, pg 24, 1968.
- 7 Pereira (L.A.F.), Shermann (J.): Hipotireoidismo pós Tireoidectomia: Rev. JBM, Vol 25, nº 2, pg 47, 1973.
- 8 - Pinotti (H.W.): Noções atuais sobre o tratamento dos tumores malignos de Tireóide - Atualização Cirúrgica, Vol 5, pg 55, 1975.
- 9 - Rego (A.M.), Torres (E.T.): Classificação dos tumores malignos de tireóide - Revista Brasileira de Cirurgia, Vol 63, nº 9 e 10, pg 281, 1973.
- 10 - Resende Alves (j.B.): Cirurgia Geral e Especializada, Vol 2, pg 274, 1973.
- 11- Robbins (S.L.): A Tireóide - Patologia, 3a edição, pg 1205, 1969.
- 12 - Rosa (j.C.): Medicina em diálogo: Cirurgia da Tireóide - Clínica Geral, Vol 5, nº 8, pg 16, 1971.
- 13 - Rosa (j.C.): Tumores Malignos de Tireóide - ARS CURANDI, Vol 4, nº 12, pg 10, 1972.
- 14 - Rosa (J.C.): Plano Terapêutico eficaz para o cancer de Tireóide - Atualidades Médicas, Vol 7, nº 4, pg 81, 1971.
- 15 - Rosa (J.C.): Conduta atual nas complicações das Tireoidectomias - Clínica Geral, Vol VI, nº 2, pg 26, 1972.

16 - Woolner (I.B.), Beahrs (O.H.), Blach (B.M.), Mc Conahe, Krating (F.R.Jr.): Classification a Study of 885 cases abauved in a thirty year period - Am. J. Seng.

17 - Zerbini (E.I.), Correa Netto (A.): Glândulas Endocrinas - Clínica Cirúrgica, Vol II, 3a edição, pg 76, 1974.

TCC
UFSC
CC
0064

N.Cham. TCC UFSC CC 0064
Autor: Steil, Maria Apare
Título: Tumores malignos de tireóide..



972814324

Ac. 252900

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM