

c 94

94 d.c.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

TIREOIDECTOMIAS

WELMAR ATHAYDE GERENT\*

CARLOS EDUARDO CASAS\*\*

FRANCISCO CESAR PABIS\*\*

\*Orientador

\*\*Doutorandos da 12ª fase do  
curso de Medicina da UFSC.

Florianópolis, maio de 1986..

## SUMÁRIO

RESUMO	03
INTRODUÇÃO	04
CASUÍSTICA E MÉTODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	21
CONCLUSÕES	25
BIBLIOGRAFIA	26

## RESUMO

Os autores estudaram os 34 casos de tireoidectomias no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de fevereiro de 1983 a dezembro de 1985. <sup>Confirmaram</sup> Constataram o predomínio do sexo feminino e da faixa etária acima de 40 anos. Foram realizadas 22 cintilografias sendo 17 hipocaptantes. Foi realizado ~~76,47%~~ <sup>em 76,47%</sup> de tireoidectomia subtotal, com menores índices de complicações. Encontraram 5 carcinomas, 5 adenomas, 4 bóciós tóxicos e 20 bóciós atóxicos. Dos bóciós hipocaptantes, 17,65% foram neoplasias.

*Relatório  
poderia ser melhorado!*

## INTRODUÇÃO

A tireóide, glândula endócrina, localizada na face anterior do pescoço em frente à porção cervical da traquéia, é constituída por dois lobos laterais unidos pelo ístmo. Ela origina-se de uma evaginação do epitélio faríngeo, próximo à base da língua e quando desce para sua posição definitiva forma o canal tireoglosso.

Já ao final do primeiro trimestre da vida fetal, ela armazena iodo e sintetiza tireoglobulina sob estímulo hipofisário, tendo forma e posição definida, e no segundo trimestre é capaz de liberar hormônio, ficando independente dos hormônios tireoidianos maternos. É um órgão ricamente vascularizado e próximo a importantes estruturas anatômicas — artérias aorta e carótidas, veias jugulares, nervos pneumogástrico, laringeos inferiores e recorrente — <sup>laringeo / estruturas estas</sup> que durante o ato cirúrgico devem ser preservadas, evitando-se sérias complicações muitas vezes irreversíveis.

A tireóide secreta triiodotironina (T3) e tiroxina (T4) indispensáveis ao metabolismo orgânico. Esta produção é regulada por dois mecanismos: um supra-tireoideo no qual há ação do hormô-

nio regulador da tireotrofina (TRH), produzido pelo hipotálamo, sobre a hipófise para secretar o hormônio estimulante da tireóide, o TSH, estimulando a tireóide para aumentar o nível hormonal sérico de T3 e T4. Quando estes níveis tornam-se satisfatórios, há um estímulo inibitório sobre o hipotálamo com diminuição da produção do TRH e consequente diminuição do TSH, T3 e T4. Por outro lado a diminuição sérica de T3 e T4 deflagra um aumento de TRH, aumentando TSH, T3 e T4. O segundo mecanismo, o intratireoideo, "de alguma forma ainda não determinada, as alterações no conteúdo glandular de iodo orgânico estão associadas a alterações recíprocas na atividade de transporte do iodo tireoideo" (10).

Ingbar (10) assim dividiu os estados mórbidos tireoidianos: Bócio Simples (atóxico), Hipotireoidismo, Tireotoxicose, Bócio Multinodular Tóxico, Neoplasias da Tireóide e Tireoidites. Para efeito didático os dividiremos <sup>em casos</sup> em: Bócio Atóxico, Bócio Tóxico, Neoplasias Benignas e Malignas. Não faremos referência às Tireoidites por não participarem de nossa casuística. (Não - Objetivo)

O Bócio Atóxico "ocorre quando um ou mais fatores prejudicam a capacidade da glândula tireóide de secretar quantidades de hormônios ativos necessários para satisfazer as necessidades dos tecidos periféricos" (10), levando ao aumento dos níveis de TSH e consequente hipertrofia uniforme, hiperplasia e hipervascularização da glândula. Quando o distúrbio persiste, pode ocorrer exacerbações e remissões, com reação cicatricial e consequente formação de nodulações.

As manifestações clínicas ocorrem pela tireomegalia (sinais de compressão) e eventual hipotireoidismo. Pode sobrevir o hipertireoidismo, num bócio de longa existência. O diagnóstico <sup>exige</sup> ~~exige~~ demonstração de estado metabólico normal e diferenciação <sup>ou a</sup> de doença de Hashimoto ou neoplasia da tireóide. Inicialmente para efeito de tratamento deve-se reverter a hiperplasia fornecendo doses

baixas de iodeto ou hormônios exógenos. A indicação cirúrgica se impõe nos seguintes casos: a) malignidade; b) compressão; c) falha no tratamento medicamentosos; d) indicação estética (15).

Consideramos Bócio Tóxico aquele que cursa com sinais e sintomas de hipertireoidismo. Destacamos sob este título as seguintes entidades nosológicas: Bócio Difuso Tóxico (Doença de Basedow-Graves); Bócio Nodular Tóxico (Doença de Plummer) e Bócio Multinodular Tóxico. *que possui*

A Doença de Basedow-Graves é identificada pela tríade hipertireoidismo com bócio difuso, oftalmopatia e dermopatia (10), alguns autores acrescentam a presença de LATS (long acting thyroid stimulator) no soro (06). As três entidades podem ser independentes em aparecimento e evolução. ?

Esta doença é um distúrbio relativamente comum com maior incidência em mulheres (3:1 até 7:1), na faixa etária de 20 a 40 anos (9, 10), com <sup>NITIDA</sup> distinta predisposição familiar. Sua etiologia permanece desconhecida. O bócio ocorre em quase 100% dos casos, sendo difuso e simétrico nos casos típicos, de consistência <sup>firme</sup> elástica. Na oftalmopatia encontramos: olhar fixo, retardo palpebral, retração palpebral, responsáveis pelo olhar amedrontador (10). A exoftalmia pode ser inicialmente unilateral. A dermopatia ou mixedema pré-tibial ocorre geralmente sobre o dorso dos pés <sup>na</sup> e pernas, a pele fica espessa, <sup>de</sup> elevada com aspecto de casca de laranja e hiperpigmentada em placas ou nódulos. Pode ocorrer baqueteamento dos dedos. Outros sinais e sintomas são: taquicardia, <sup>Doi</sup> angina, <sup>ore</sup> insuficiência cardíaca, palpitações, fibrilação atrial, tremores de extremidades, hiperhidrose, hipersensibilidade ao calor, fadiga, emagrecimento com polifagia, dispnéia, diarreia, irritabilidade, astenia e alterações menstruais.

Nos casos com exuberantes <sup>2</sup> <sup>1</sup> sintomas e sinais, o diagnósti

co se faz através da anamnese e do exame físico. <sup>Ble é</sup> Confirmado pelos exames laboratoriais: dosagem de T3 e T4 aumentadas; a cintilografia demonstra hipercaptação difusa de iodo radioativo; na ultrasonografia " há aumento difuso de toda glândula, sem alteração da textura, ou com discreta heterogeneidade" (12), além de visualizar estruturas vizinhas; o LATS é um conjunto de IgG produzida pelos linfócitos dos pacientes com doença de Graves, com efeitos semelhantes ao TSH e foram encontrados em consangüíneos destes.

Os pacientes que serão submetidos ao tratamento cirúrgico devem ser <sup>v</sup> conduzidos primeiramente ao estado eutireoidiano através da administração de antitireoidianos (propiltiouracil, carbimazol e <sup>2</sup> matimazol); devendo receber dieta hipercalórica, hiperprotéica e rica em vitaminas e sais minerais. É de boa norma o emprego de bloqueador beta-adrenérgico associado ao antitireoidiano para reduzir o tempo de compensação do hipertireoidismo. Dez dias antes da cirurgia administra-se ~~Lugol~~ <sup>sol. de iodo etoala</sup> para tornar a glândula menos friável e congesta. A cirurgia consiste em tireoidectomia subtotal ampla ( 15 ), deixando dois a quatro gramas de tecido de cada lado (7) para evitar hipotireoidismo. <sup>acumulado</sup> Para o tratamento com iodo radioativo devemos observar alguns princípios: contra-indicado em pacientes com menos de quarenta anos e durante a gestação. Indicado nas recidivas.

<sup>plu no m</sup>  
 O Bócio Nodular Tóxico ocorre principalmente em pacientes idosos e surgem poucos sintomas tireotóxicos. É toda nodulação com os seguintes requisitos: a) intensa <sup>capta</sup> área radioativa à cintilografia (nódulo quente); b) teste de supressão negativo; c) ao estímulo com TSH, apresenta diminuição ou igual captação de material radioativo. <sup>d)</sup> O RAIU (captação tireoidiana de iodo radioativo) e o T4 sérico podem ser normais ou elevados, em alguns casos pode haver preferência de secreção por T3. O ultrassom tem importância na análise de aspectos de malignidade.

Esta tireopatia tem no tratamento cirúrgico a melhor opção, "realiza-se a nodulectomia ou no máximo a lobectomia" (15).

O Bócio Multinodular Tóxico resultaria primariamente do bócio simples do tipo carencial, que sob intensa estimulação hipofisária levaria o parênquima internodular a causar tireotoxicose, uma vez que estes nódulos são hipocaptantes. Ocorre na faixa etária de 50 a 70 anos podendo simular neoplasia. Comumente aparecem sintomas compressivos, geralmente é palpável ou mesmo visível, o aspecto típico é em cacho de uva. As dosagens hormonais indicam leve grau de tireotoxicose; a cintilografia mostra distribuição amide variável com zonas de maior ou menor captação. (15). O tratamento consiste em tireoidectomia subtotal ampla porque geralmente há nódulos bilaterais (15).

As Neoplasias Tireoidianas são divididas em adenomas (fetal, folicular, células de Hürthle e papilar) e carcinoma (papilar, folicular, misto, células de Hürthle, medular e anaplásico). (6).

Os Adenomas são encapsulados, geralmente unifocais e variam de tamanho podendo causar sintomas compressivos. O Adenoma folicular é o mais comum e tem maior probabilidade de simular a atividade tireoidiana normal, porém difere deste por ser autônomo. São mais frequentes nas mulheres; possuem produção hormonal para alterar o equilíbrio orgânico, porém o seu crescimento faz aumentar a síntese hormonal, passando de nódulo morno a quente, causando tireotoxicose (geralmente por T3). A demonstração da autonomia do nódulo deve ser feita com a supressão da glândula na cintilografia.

Antes do tratamento definitivo, deve-se demonstrar cintilograficamente a capacidade do tecido extra-nodular em produzir hormônio tireoidiano. O tratamento cirúrgico é preferível devido



às dificuldades em se estabelecer o diagnóstico entre lesões benignas e malignas.

O Carcinoma Papilar perfaz 80% dos carcinomas tireoidianos, interroga-se a existência de adenoma papilar benigno. O carcinoma papilar tende a originar metástases precocemente para gânglios linfáticos do pescoço, permanecendo assim por muito tempo, mas pode invadir estruturas vizinhas como laringe e pulmões. "O crescimento tende a ser parcialmente dependente do TSH" (6). É menos agressivo em pessoas com menos de quarenta anos.

O Carcinoma Folicular dá metástases muito cedo por via hemática para ossos e pulmões. Estes tumores respondem ao TSH e ocasionalmente podem causar tireotoxicose.

O Carcinoma Medular provém das células parafoliculares secretoras de tireocalcitonina. Origina metástases para pescoço, pulmões e tecidos moles. Mesmo produzindo calcitonina, raramente provocam hipocalcemia.

"O Carcinoma Anaplásico varia desde tumores de células pequenas até carcinossarcoma, tumores de células gigantes e tumores epidermóides" (6). São bastante agressivos, tendem a invadir localmente e seguem um curso como o da neoplasia maligna em qualquer outra parte do corpo. A sobrevivência costuma ser menor que 10 a 20% após um ano.

A cintilografia ao mostrar um nódulo frio, adiciona mais um dado a favor de carcinoma, pois é raro o aparecimento de lesão maligna em nódulo hiperfuncionante (10). A ultrassonografia é de valor na determinação de massas sólidas, mistas ou císticas. Lesões sólidas ou mistas são compatíveis com carcinoma.

Nas neoplasias malignas, sempre que possível, deve-se realizar a tireoidectomia total, pelo fato de haver sido encontra

com hipófise da coeloma

do neoplasia em ambos lobos, pelo possível emprego de iodo radioativo no tratamento de eventuais metástases funcionantes e pela grande frequência de lesões mistas. Quando encontra-se metástases cervicais, amplia-se a cirurgia com esvaziamento cervical radical ou modificado. Quatro semanas após faz-se a pesquisa de metástases funcionantes (15).

*Quem o objetivo do trabalho?*

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Para confecção deste estudo, levantamos todos os casos de tireoidectomias realizadas no Hospital Universitário da UFSC, desde o início de suas atividades cirúrgicas (fevereiro de 1983) a dezembro de 1985.

*Mis* { No primeiro estágio, verificamos junto ao centro cirúrgico o registro de todas as cirurgias de tireóide realizadas, perfazendo 34 casos. Após, os dados foram colhidos dos prontuários no SAME/HU.

{ A seguir, analisamos os dados pertinentes à idade, sexo, distribuição etária, análise cintilográfica da tireóide, diagnóstico clínico e anátomo-patológico e complicações pós-operatórias.

Deficiências afetivas?

## RESULTADOS

Estudados os 34 casos de Tireoidectomia, no Hospital Unversitário, chegamos aos resultados expostos a seguir:

Tabela 1: Distribuição dos pacientes segundo o sexo

Sexo	Nº	%
Feminino	28	82,36
Masculino	06	17,64
TOTAL	34	100,00

Fonte- SAME/HU - 1983-1985.

Tabela 2: Distribuição dos pacientes segundo a idade

Idade	Nº	%
20 --- 30	03	8,82
30 --- 40	07	20,58
40 --- 50	12	35,30
acima de 50	12	35,30
TOTAL	34	100,00

Fonte- ~~idem~~ tabela 1.

Tabela 3: Cintilografia pré-operatória

	Nº	%
Hipocaptante	17	50,00
Normocaptante	04	11,76
Hipercaptante	01	2,94
Não realizado	12	35,30
TOTAL	34	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 4: Tipo de cirurgia realizada

Tipo	Nº	%
Tireoidectomia Total	08	23,53
Tireoidectomia Subtotal	26	76,47
TOTAL	34	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Quadro 1: Complicações no pós-operatório imediato

Complicações	Tireoidectomia Total		Tireoidectomia Subtotal		Acumulado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Disfagia	--	--	01	3,84	01	2,94
Disfonia	04	50,00	04	5,38	08	23,52
Dispneia	01	12,50	01	3,84	02	5,88
Hipotireoidismo	01	12,50	02	7,69	03	8,82
Hipocalcemia	--	--	01	3,84	01	2,94
Hematoma	02	25,50	--	--	02	5,88
Convulsão	02	25,50	--	--	02	5,88
P. C. R.*	02	25,50	--	--	02	5,88
Óbito	01	12,50	--	--	01	2,94
Nenhuma	03	37,50	18	69,23	21	61,67

Fonte- idem tabela 1.

\* Parada cardíaco-respiratória

26 anos

Tabela 5: Diagnóstico anátomo-patológico

	Nº	%
Bócio Nodular Não Hiperplásico	15	44,13
Bócio Nodular Hiperplásico	05	14,71
Bócio Difuso Hiperplásico	02	5,88
Adenoma Folicular	04	11,76
<i>adenoma</i> Tumor de Células de Hürthle	01	2,94
Carcinoma Papilífero	04	11,76
Carcinoma Anaplásico	01	2,94
Sem anátomo-patológico	02	5,88
TOTAL	34	100,00

Fonte- ~~idem~~ tabela 1.

Tabela 6: Diagnóstico clínico

	Nº	%
Bócio Atóxico	20	58,84
Bócio Tóxico	04	11,76
Adenoma Folicular	05	14,70
Carcinoma Papilífero	04	11,76
Carcinoma Anaplásico	01	2,94
TOTAL	34	100,00

Fonte- ~~idem~~ tabela 1.

Tabela 7: Bócio atóxico segundo o sexo

Sexo	Nº	%
Feminino	18	90,00
Masculino	02	10,00
TOTAL	20	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 8: Bócio atóxico segundo a idade

Idade	Nº	%
30 --- 40	03	15,00
40 --- 50	08	40,00
Acima de 50	09	45,00
TOTAL	20	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 9: Cintilografia no bócio atóxico

Captção de iodo radioativo	Nº	%
Hipocaptante	10	50,00
Normocaptante	03	15,00
Sem cintilografia	07	35,00
TOTAL	20	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 10: Sintomas no bócio atóxico

Sintoma	Nº	%
Massa	20	100,00
Dispneia	07	35,00
Disfonia	04	20,00
Disfagia	03	15,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 11: Tipos de bócio tóxico

Tipo	Nº	%
Bócio Nodular Tóxico	02	50,00
Bócio Difuso Tóxico	02	50,00
TOTAL	04	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 12: Distribuição etária do bócio tóxico

Idade	Nº	%
20 --- 30	01	25,00
30 --- 40	02	50,00
40 --- 50	01	25,00
TOTAL	04	100,00

Fonte- idem tabela 1.



Tabela 13: Distribuição do bócio tóxico segundo o sexo

Sexo	Nº	%
Feminino	04	100,00
Masculino	--	--
TOTAL	04	100,00

Fonte- idem tabela 1. 2: 1 m ♂

Tabela 14: Achados clínicos no bócio tóxico

Sinal/Sintoma	Nº	%
Massa	04	100,00
Emagrecimento	03	75,00
Tremores	02	50,00
Irritabilidade	02	50,00
Insônia	02	50,00
Palpitações	02	50,00
Dispneia	02	50,00
Astenia	02	50,00
Exoftalmia	01	25,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 15: Realização de cintilografia e dosagem hormonal no bócio tóxico

	Cintilografia		Dosagem hormonal	
Sim	1	25%	1	25%
Não	3	75%	3	75%
TOTAL	4	100%	4	100%

Fonte- idem tabela 1.

*Qual o método que se usou  
em exames de*

Tabela 16: Tipos de adenomas encontrados.

Tipo	Nº	%
Adenoma folicular simples	04	80,00
Adenoma de células de Hürthle	01	20,00
TOTAL	05	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 17: Distribuição dos adenomas conforme o sexo

Sexo	Nº	%
Feminino	05	100,00
Masculino	--	--
TOTAL	05	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 18: Distribuição etária dos adenomas.

Idade	Nº	%
30 --- 40	03	60,00
40 --- 50	--	--
50 --- 60	02	40,00
TOTAL	05	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 19: Cintilografia nos adenomas.

	Nº	%
Hipocaptante	04	80,00
Não realizada	01	20,00
TOTAL	05	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 20: Distribuição dos carcinomas segundo o sexo.

Sexo	Nº	%
Feminino	03	60,00
Masculino	02	40,00
TOTAL	05	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 21: Distribuição etária dos carcinomas.

Idade	Nº	%
20 --- 30	01	20,00
30 --- 40	01	20,00
40 --- 50	02	40,00
50 --- 60	---	---
Acima de 60	01	20,00
TOTAL	05	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 22: Cintilografia nos carcinomas

	Nº	%
Hipocaptante	03	60,00
Normocaptante	01	20,00
Não realizado	01	20,00
TOTAL	05	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Tabela 23: Relação entre nódulo hipocaptante e carcinoma

	Nº	%
Carcinoma	03	17,65
Outros	14	82,35
TOTAL	17	100,00

Fonte- idem tabela 1.

Quantidade de dados / tabelas deve ser fornecida  
definidas claramente as objeções de tabelas e os  
outros.

## DISCUSSÃO

No estudo dos 34 pacientes tireoidectomizados, constatamos a predominância do sexo feminino com 82,36% do total (Tab. 1). Dado este referido pela maior variação hormonal do sexo feminino (ciclo menstrual e gravidez) que, interferindo na função tireoidiana, reflete em hiperplasia transitória desta glândula. Quando regressam as alterações hormonais ocorre a involução. A falta deste equilíbrio entre hiperplasia e involução "pode produzir grandes ou pequenos desvios do padrão histológico habitual" (13).

A divisão por faixa etária (Tab. 2) apresentou 8,82% entre 20 e 30 anos; 20,58% entre 30 e 40 anos; 35,30% entre 40 e 50 anos e 35,30% acima de 60 anos.

No que concerne aos exames complementares, a cintilografia desempenha relevante papel no diagnóstico e planejamento cirúrgico das diversas patologias (01, 04, 06, 10, 15, 16, 17). Nos casos analisados, 35,30% dos pacientes foram à cirurgia sem este exame; em 50% mostrou nódulo hipocaptante; em 11,76% normocaptante e em 01 caso de bócio difuso foi hipercaptante com 2,94% (Tab. 3).

A tireoidectomia total foi a cirurgia de escolha em 08

casos (23,53%) e a subtotal em 26 casos (76,47%) (Tab. 4). As complicações das tireoidectomias são: hemorragia por soltura da liga-  
 duras arteriais, levando a hematoma, obstrução de vias aéreas supe-  
 riores culminando algumas vezes com parada cárdio-respiratória e ó-  
 bito; lesão do nervo laringeo recorrente seja por secção, esmaga-  
 mento ou compressão (edema ou cicatrização posterior), levando a  
 paralisia de cordas vocais que, em maior ou menor intensidade pode  
 levar desde disfonia, afonia até dispnéia; hipocalcemia (remoção  
 das paratireoides) causando desde espasmos musculares e tetania  
 até parada cárdio-respiratória; o hipotireoidismo geralmente asso-  
 ciado à tireoidectomia total, ocorrendo também na subtotal quando  
 o tecido remanescente não apresenta função adequada (04, 09). Nos  
 casos analisados, verificamos a ocorrência de disfonia em 23,52%  
 dos casos no pós-operatório imediato, hipotireoidismo em 8,82% e  
 dispnéia em 5,88%. Em 61,67% dos casos não houve relato de compli-  
 cação. Em 02 casos (5,88%) verificamos hematoma com conseqüente pa-  
 rada cárdio-respiratória, sendo que um paciente foi recuperado, en-  
 quanto outro foi a óbito (2,94%). A tireoidectomia total apresen-  
 tou maior número de complicações (Quadro 1).

No diagnóstico anátomo-patológico (Tab. 5) predominou o  
 bócio nodular não hiperplásico com 15 casos (44,13%) e o bócio no-  
 dular hiperplásico com 05 casos (14,71%); houve bócio difuso hiper-  
 plásico em 02 casos (5,88); adenoma folicular em 04 casos (11,76%);  
 tumor de células de Hürthle em um caso (2,94%); carcinoma papilífero  
 em 04 casos (11,76%); carcinoma anaplásico em um caso (2,94%) e  
 02 casos sem anátomo-patológico (5,88%). O diagnóstico clínico de-  
 monstrou maior incidência de bócio atóxico com 20 casos (58,84%);  
 encontramos bócio tóxico em quatro casos (11,76%), adenoma folicu-  
 lar em 05 (14,70%); carcinoma papilífero em 04 (11,76%) e anaplási-  
 co em um (2,94%).

Segundo Rosa (16) os bócios correspondem a 80% de todas as tireoidectomias realizadas. O sexo feminino é o mais atingido na proporção de 6:1 (13). Os sintomas comumente encontrados relacionam-se ao crescimento nodular (04, 06, 08, 10, 13, 17, 18). A maioria apresenta nódulos frios, sendo encontrado em número bastante inferior nódulos mornos ou quentes (01, 06, 10).

*no nome achados encontrados*

Entre os achados clínicos (Tab. 10) destacaram-se: massa cervical, encontrada em 100% dos casos; dispnéia em 35%; disfonia em 20% e disfagia em 15%. A cintilografia (Tab. 09) revelou nódulos frios em 50% dos casos; mornos em 15% e em 35% não foi realizada.

A causa mais comum de hipertireoidismo é a Doença de Basedow-Graves (13), predomina no sexo feminino (3 a 7:1) e a faixa etária varia de 15 a 50 anos (01, 04, 06, 07, 10, 13). A Doença de Plummer é mais encontrada no sexo feminino (4 a 20:1), na faixa etária de 40 a 50 anos (01, 06).

As doenças acima foram agrupadas sob o título genérico de Bócio Tóxico, pois o número encontrado não dispunha de dados suficientes para análise epidemiológica. A faixa etária mais atingida, foi de 30 a 40 anos em 50% dos casos (Tab. 12), o sexo feminino agrupou a totalidade dos casos (Tab. 13).

Na correlação anátomo-clínica o bócio difuso hiperplásico correspondeu ao bócio difuso tóxico (ambos com dois casos), sendo que isto não ocorreu com o bócio nodular hiperplásico, no qual três não revelaram tireotoxicose (Tab. 5 e 11). Houve concordância da sintomatologia encontrada (Tab. 14) com a literatura. Quanto aos exames complementares, a cintilografia e as dosagens hormonais foram realizadas em apenas 25% dos casos respectivamente (Tab. 15). O diagnóstico final foi feito pelo quadro clínico e a patologia.

As neoplasias benignas correspondem a 10% dos bócios no-

dulares (04), 90 a 95% são adenomas foliculares, muito menos frequentes nos homens que nas mulheres (06) com cifras que variam de 6 a 10:1 (01, 13), 80% encontram-se entre 20 e 60 anos (13) com pico entre a 3ª e 5ª décadas (01). Nos casos analisados, 100% dos tumores benignos foram adenomas foliculares, 20% dos quais correspondeu a adenoma folicular de células de Hürthle (Tab. 16), citado se paradamente devido à dificuldade de serem diferenciados de tumores malignos. Todos os casos foram do sexo feminino (Tab. 17), a faixa etária variou de 30 a 60 anos com pico entre a 3ª e 4ª décadas com 60% (Tab. 08).

A cintilografia pode apresentar nódulos frio, morno ou quente (06), no presente trabalho 80% foram nódulos frios e um caso (20%), o exame não foi realizado (Tab. 19).

O carcinoma tireoidiano pode surgir em qualquer idade, porém a faixa etária mais atingida é a de 50 a 60 anos (01, 13). A categoria mais comum é o carcinoma papilífero, enquanto o anaplásico dificilmente atinge cifras de 15% dos tumores malignos da tireóide (01, 04, 06, 13, 18), o sexo mais atingido é o feminino com cifras de 3:1 (01). Vários estudos demonstraram que 13 a 15% dos nódulos frios abrigam um carcinoma, raramente encontrados em nódulos mornos ou quentes (13, 15, 16).

En nossa casuística o sexo feminino prevalece na proporção de 1,5:1 (Tab. 20), a faixa etária mais atingida foi a de 40 a 50 anos e tivemos um caso de carcinoma anaplásico (25%) em uma paciente com 63 anos (Tab. 21). A cintilografia (Tab. 22) revelou nódulos frios em 60% dos casos, nódulos mornos em 20% e o exame não foi realizado em 20% (um caso). Dos 17 nódulos frios, 17,65% corresponderam a carcinoma de tireóide (Tab. 23).



## CONCLUSÕES

*Handwritten signature/initials*

01. As doenças da tireóide são mais comuns no sexo feminino.

02. A cintilografia é um exame de relevante importância no pré-operatório, verificamos ausência deste exame em 35% dos casos.

*Handwritten signature/initials*  
03. Os nódulos frios perfazem a maioria, sendo encontrado carcinoma em proporção considerável.

04. A forma mais comum de bócio é o atóxico.

05. O adenoma de tireóide mais comum é do tipo folicular, enquanto que, o carcinoma é do tipo papilífero.

06. No bócio atóxico, torna-se imprescindível a realização da cintilografia e dosagens hormonais.

07. A tireoidectomia total apresentou maior número de complicações que a subtotal, o índice de mortalidade por complicações cirúrgicas foi de 2,94%. #

## BIBLIOGRAFIA

01. BARRETO, M. N. & GODOY, P. Tireóide. In: BOGLIOLO, Luigi et alii. Patologia. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981. Cap. 28, p. 1021-1040.
02. BRANDÃO, L. G. et alii. Avaliação de auto-anticorpos tireoidianos no bócio difuso tóxico: estudo pré e pós-operatório. Revista da associação médica brasileira. São Paulo, 27(10): 299-300, outubro, 1981.
03. CARNEIRO, P. C. A. et alii. Esvaziamento cervical radical em câncer de tireóide: indicações e resultados em 18 casos operados. Revista do colégio brasileiro de cirurgiões. Rio de Janeiro, 12 (5): 142-4, setembro/outubro, 1985.
04. CORREIA NETO, Alípio. Afecções cirúrgicas da glândula tireóide. In: — Clínica cirúrgica de Alípio Correia Neto. 3. ed. São Paulo, Sarvier, 1974, V. 2, Primeira Parte, Seção 1, p. 5-87.

05. CHACRA, A. R. et alii. Hipertireoidismo; formas clínicas e tratamento. Residência médica. São Paulo, 15 (1): 10-16, março/abril, 1986.

06. DEGROOT, L. J. Tireóide. In: BEESON, P. B. & MCDERMOTT et alii. Tratado de medicina interna. 14. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. V. 2, Cap. 836 a 843, p. 2131-64.

07. FERRAZ, A. R. et alii. Hipertireoidismo. Skopia. S. L. 12: 28-32.

08. FERRAZ, A. R. Cirurgia da glândula tireóide. In: GOFFI, Fábio et alii. Técnica cirúrgica. Rio de Janeiro, Atheneu, 1980, V. 1, Cap. 37, p. 370-383.

09. GONÇALVES, M. D. C. et alii. Hipertireoidismo. ARS curandi. Rio de Janeiro, 14 (8): 56-63, setembro, 1981.

10. INGBAR, S. H. & WOEBER, K. A. Doenças da tireóide. In: HARRISON, F. R. et alii. Medicina interna. 10. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. V. 1, Cap. 3, p. 697-718.

11. LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. Metodologia do trabalho científico. São Paulo, Atlas, 1983.

12. MENDONÇA, L. K. & ROSA, J. C. Exame ultrassonográfico da tireóide. Jornal brasileiro de medicina. São Paulo, 47 (3): 15-30, setembro, 1984.

13. ROBINS, S. L. Sistema endócrino- tireóide. In: ——— Patologia estrutural e funcional. Rio de Janeiro, Interamericana, 1975. Cap. 29, p. 1191-1214.
14. RODRIGUES, A. et alii. Carcinoma diferenciado da tireóide. Revista do colégio brasileiro de cirurgiões. Rio de Janeiro, 9 (4): 134-9, julho/agosto, 1982.
15. ROSA, J. C. & PIOVESAN, J. B. Tiropatias: quando operar? Jornal brasileiro de medicina. São Paulo, 49 (2): 18-30, agosto, 1985.
16. ROSA, J. C. et alii. Tiropatias de indicação cirúrgica. Jornal brasileiro de medicina. São Paulo, 46 (5): 34-55, maio, 1984.
17. THOREK, P. Glândula tireóide. In: ——— Diagnóstico cirúrgico. 3. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. V. 4. Cap. 3, p. 24-37.
18. TOLEDO, A. C. Cirurgia da glândula tireóide. In: GOFFI, Fábio et alii. Técnica cirúrgica. 2. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1980. V. 1, Cap. 38, p. 385-392.

TCC  
UFSC  
CC  
0094

N.Cham. TCC UFSC CC 0094  
Autor: Casas, Carlos Edua  
Título: Tireoidectomias..



972799902

Ac. 252928

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM