

297  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

NODULO CIRURGICO DA TIREOIDE

AUTORES: ANTONIO IVAIR DE SOUZA BARROS

CARLOS ALBERTO BENEDETTI

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1986

NODULO CIRURGICO DE TIREOIDE  
ANALISE DE 46 CASOS

POR:

ANTONIO IVAIR DE SOUZA BARROS

CARLOS ALBERTO BENEDETTI

DOUTORANDOS DA 12<sup>A</sup> FASE DO CURSO DE MEDICINA DA UFSC

DR. CELSO LUIZ EMPINOTTI - ORIENTADOR

FLORIANOPOLIS-SC

NOVEMBRO DE 1986

# ÍNDICE

RESUMO

INTRODUÇÃO .....	1
CASUÍSTICA E MÉTODOS .....	2
OBJETIVOS .....	4
RESULTADOS .....	5
DISCUSSÃO ,,,,,, .....	16
CONCLUSÃO .....	28
BIBLIOGRAFIA .....	30

## R E S U M O

Os autores analisaram retrospectivamente 46 prontuários de pacientes, internados no Hospital Universitário (HU) de Florianópolis, os quais eram acometidos de nódulo ou tumor de tireóide cirúrgico no período de janeiro de 1983 a agosto de 1986.

Foram considerados como variáveis importantes os dados de identificação do paciente, a prepedêutica não armada usada para chegar-se ao diagnóstico, tipo de cirurgia realizada, tipo histológico do tumor, e a evolução intrahospitalar.

Entre os 46 casos analisados ocorreu predominância importante do sexo feminino com 40 casos (86,5%), com apenas 6 casos (13,5%) do sexo masculino.

Com relação a prepedêutica não armada e armada para chegar-se ao diagnóstico, encontrou-se: com clínica 36 casos (78,26%), achado de exame físico, 8 casos (17,39%) e por meio de exames complementares somente dois casos (4,35%).

Entre os tipos de cirurgia que foram submetidos os pacientes encontrou-se 29 (63,04%) tireoidectomias parciais, 12 (26,08%) teroidectomias totais bilaterais, 1 (2,18%)

nodulectomia e outro procedimento não cirúrgico 4 casos (8,70%). Sendo que em somente 1 caso (2,18%) foi feito tireoidectomia total à direita e subtotal à esquerda.

Entre os tipos histológicos preponderou o bôcio nodular não hiperplásico em 18 casos (39,13%) seguido pelo bôcio nodular com hiperplasia em 7 casos (15,22%).

Na evolução intra hospitalar pós-operatório obtivemos 1 caso (2,18%) óbito.

## I N T R O D U Ç Ã O

"A incidência de nódulos de tireóide em uma dada população é dependente da idade do grupo examinado e da metodologia de detecção. Em uma rotina de estudo pós morte, MORTENSEN et alii: encontraram uma incidência (49,5%) de nódulo tereóide (0,2 - 7,5cm) em seu trabalho em pacientes clinicamente normais e glândula normal. A média de idade desta população foi de 60 anos. RALLISON et alii estudou 2.271 crianças normais no Arizona e encontrou 1,5% de incidência clínica de nódulos. A idade deste trabalho variou de 11 a 18 anos. Um recente estudo por TROWBRIDGE et alii de crianças entre as idades de 09 a 16 anos encontrou a incidência de 0,22% de nódulos de tireóide".(2)

## CASUÍSTICA E METODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo de 46 pacientes internados no Hospital Universitário (HU) em Florianópolis, os quais eram acometidos de nódulo ou tumoração de tireóide cirúrgico, no período de janeiro de 1983 a agosto de 1986.

A pesquisa foram submetidos os prontuários de serviço de arquivos médicos (SAME) do Hospital tal referido.

1. Os dados protocolados visavam: a identificação do paciente em: idade, sexo, raça.
2. Procedência.
3. A propedêutica usada para chegar-se ao diagnóstico do tumor.
4. Tempo de evolução.
5. A clínica apresentada.
6. Exames pré-operatórios referentes a patologia tireoídiana.
7. Tipo de cirurgia realizada.
8. Biópsia de congelação.

9. Tipo histológico.

10. Evolução intra hospitalar.

Os resultados obtidos foram lançados em tabelas, correlacionando os objetivos gerais e específicos.

Deve-se ressaltar a dificuldade na colheita dos dados importantes para a confiabilidade científica do trabalho, devido a importância do preenchimento dos prontuários.

A partir dos resultados obtidos faz-se a discussão, chegando-se a conclusões quanto a finalidade da tarefa imposta.



## O B J E T I V O S

### 1. OBJETIVO GERAL:

Analisar a pesquisa do tumor e nódulo cirúrgico de tereóide no ambulatório do Hospital Universitário.

### 2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Verificar a incidência quanto a faixa etária, sexo e rara.
- Analisar a distribuição segundo a procedência do paciente.
- Demonstrar a propedêutica usada para o qual chegou-se ao diagnóstico do tumor.
- Apresentar a clínica apresentada.
- Definir a conduta usada no pré-operatório.
- Relatar o tipo de cirurgia realizado.
- Evidenciar o resultado anátomo patológico pós-cirúrgico de cada tumor.
- Verificar a evolução do paciente intra-hospitalar no pós cirúrgico.

## RESULTADOS

São as tabelas e figuras a seguir.

FIGURA 1 - Nódulo cirúrgico de tireóide  
Distribuição conforme o sexo.  
SAME-HU jan./83 a ago./86.

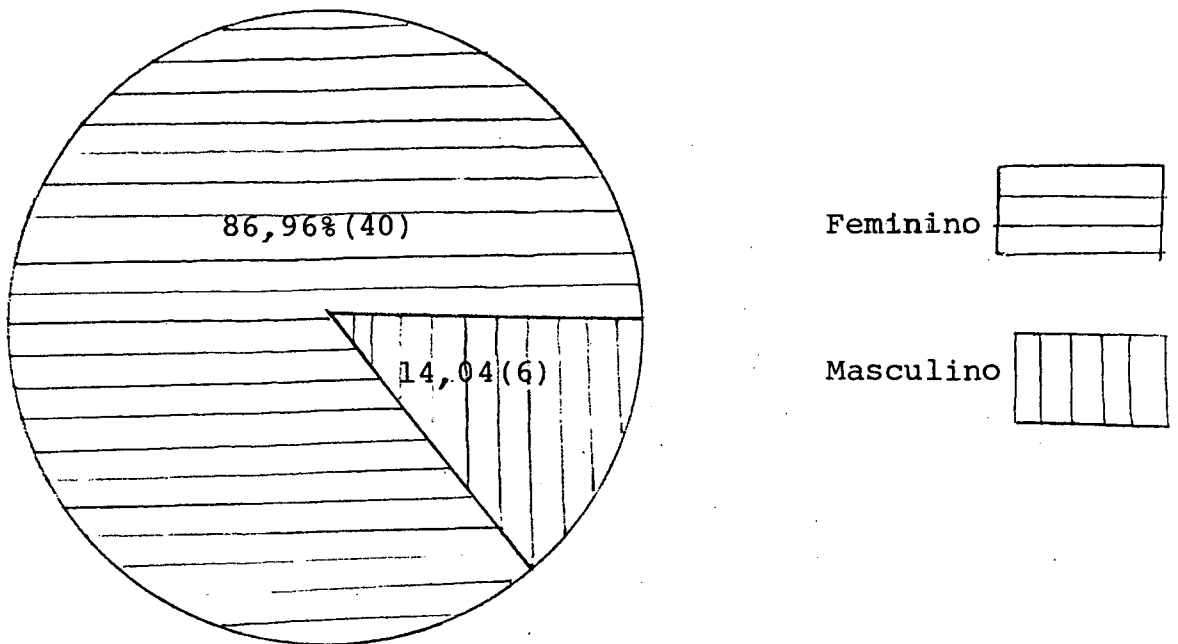


FIGURA 2 - Nódulo cirúrgico de tireóide  
Distribuição quanto a raça.  
SAME-HU - Jan./83 a ago/86.

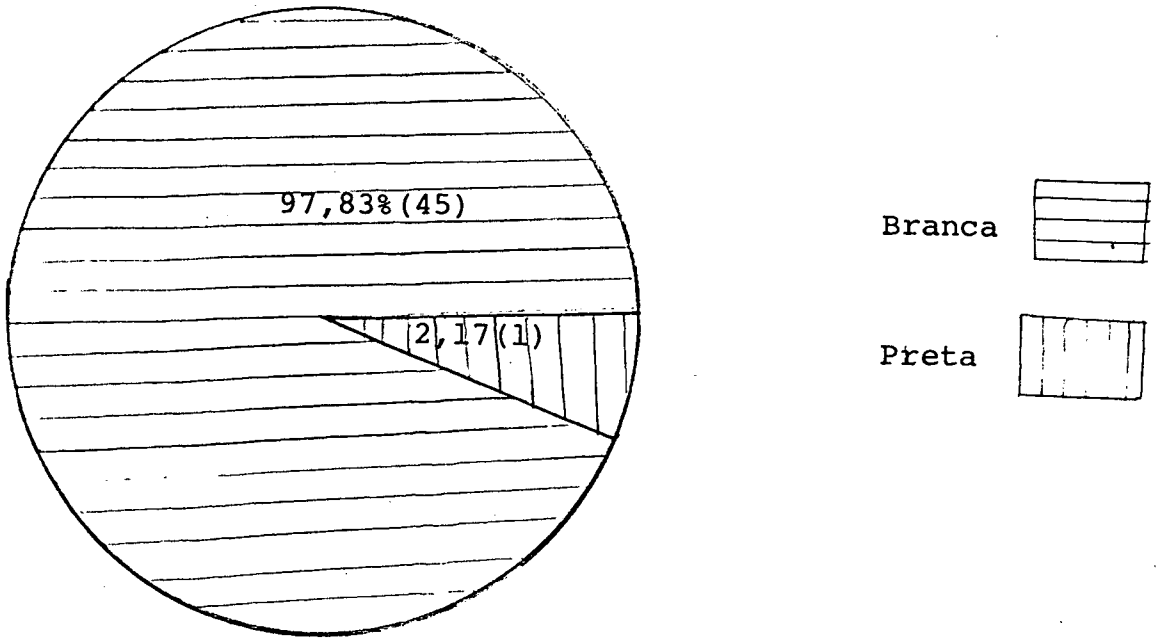


FIGURA 3 - Nódulo cirúrgico de tireóide  
Distribuição quanto a procedência  
SAME-HU - Jan./83 a ago/86.

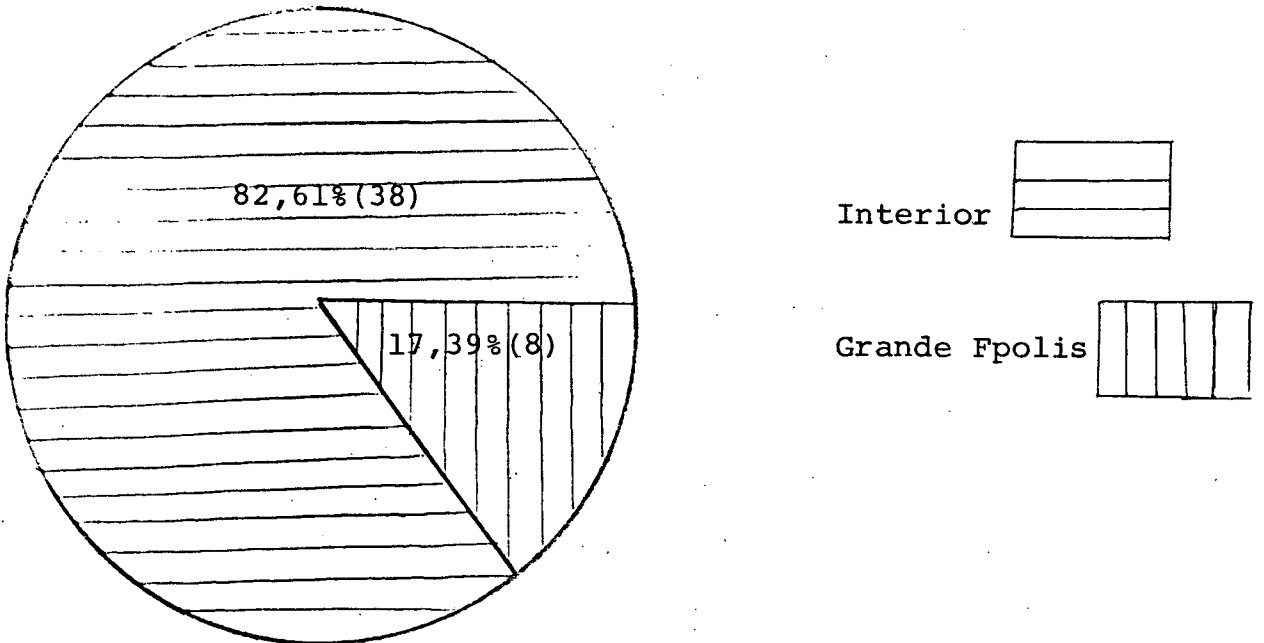


TABELA I - Nódulo cirúrgico de tireóide.

Distribuição quanto a idade.

SAME-HU - Jan./83 a Ago/86.

Idade anos	< 20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	> 70	Total
Nº de casos	0	02	15	10	16	02	01	46
%	0%	4,35%	32,61%	21,73%	34,79%	4,35%	21,17%	100%

FIGURA 4. - Nódulo cirúrgico de tireóide.

Qual a maneira que chegou-se ao Diagnóstico da  
Patologia tireóidiana

SAME-HU - Jan./83 a Ago/86.

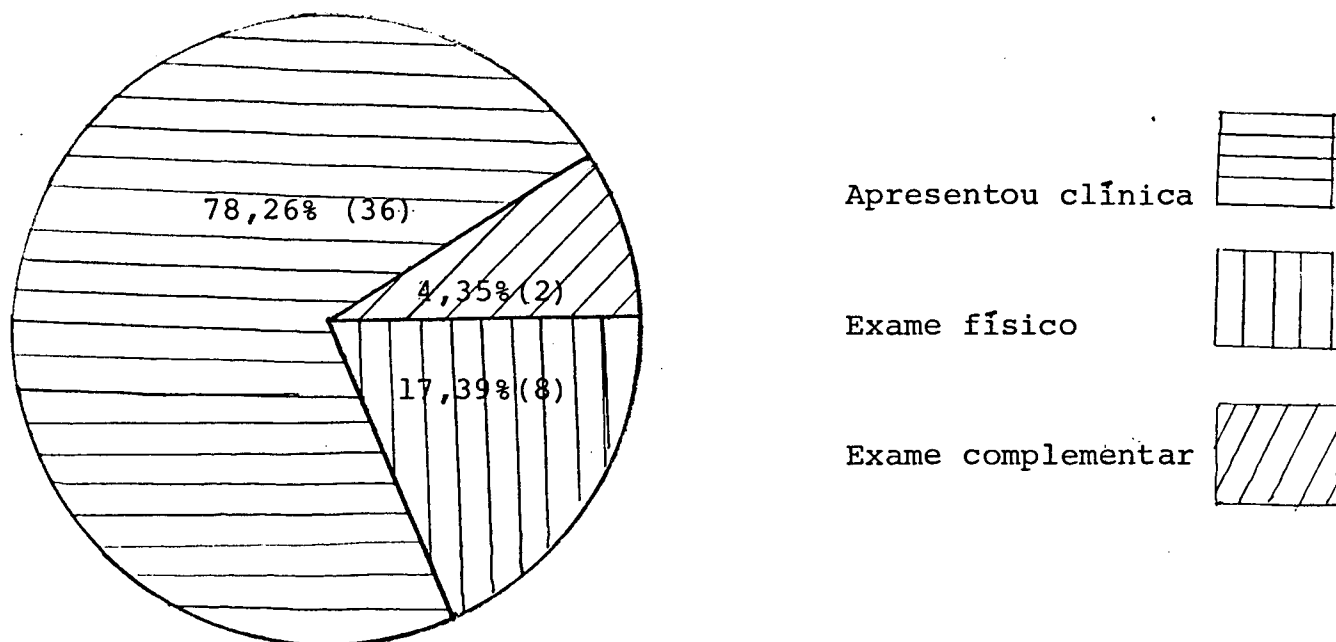


TABELA II - Nódulo cirúrgico da tireóide.

Sintomatologia apresentada.

SAME-HU - Jan./83 a Ago/86.

Sintomas ou sinais	Nº	%
- ↑ de volume local	15	32,61%
- dispnéia	13	28,26%
- palpitações	12	26,10%
- emagrecimento	10	21,73%
- crises nervosas	09	19,56%
- disfagia	08	17,40%
- sudorose	04	8,70%
- nódulo doloroso	04	8,70%
- labilidade emocional	04	8,70%
- ansiedade, astenia, pele quente, alopecia, fogaChos, arritmias, dormância de extremidades	03	6,52%
- anorexia, irritabilidade, costipação intestinal, dor epigástrica, cefaléia, disfagia	02	4,35%
- polifagia, diarréia, rouquidão, fadiga, dor pré-cordial, distúrbio, de conduta, mal estar	01	2,17%

TABELA III - Nódulo cirúrgico de tireóide  
 Tempo de evolução da patologia  
 Tireoideiana até a cirurgia  
 SAME-HU - Jan./83 a Ago/86.

Tempo de Evolução	< 6 meses	6-12 meses	1-2	2-3	4-5	5-6	6-7
Nº de casos	2*	0	3	2	0	4	4
%	4,35%	%	6,52%	4,35%	%	8,70%	8,70%

1 caso de 25 dias de evolução.

Tempo de evolução	6-7	8-10	<10 a	Não ti- na tem po de e- volução	Não ti- na Clí- nica	Total
Nº de casos	4	1	5	15	10	46
%	8,70%	2,17%	10,87%	32,61%	21,73%	100%

TABELA IV - Nódulo cirúrgico de tireóide.  
 Distribuição quanto ao exame cintilográfico.  
 SAME-HU -Jan./83 a Ago/86.

Exame cintilográfico	Nº de casos	%
Cintilografia com tecnésio	18	39,13%
Cintilografia com Iodo	17	36,96%
Não fizeram cintilografia	11	23,91%
<b>T O T A L</b>	<b>46 exames</b>	<b>100%</b>

TABELA V - Nódulo cirúrgico de tireóide.  
 Distribuição quanto a captação do elemento.  
 Radioativo (Iodo e Tecnésio)  
 SAME-HU - Jan./83 a Ago/86.

Distribuição	Nº de casos	%
Frio	25	54,35%
Morno	07	15,22%
Quente	08	17,39%
Não fizeram	11	23,94%

OBS: Sendo 5 exames com 2 tipos de captação:

- Frio e quente = 1
- Frio e morno = 3
- Quente e morno = 1



## TABELA VI - Nódulo cirúrgico de tireóide.

Exames de importância na patologia tireoidiana -

- solicitados -

SAME - HU - Jan./83 a Ago./86.

Exame	Nº de casos	Resultados obtidos
T <sub>3</sub>	42	2 casos > 260 3 casos < 100
T <sub>4</sub>	42	4 ≥ 11,5
TSH	31	3 casos < 1,5
RX de pescoço	5	1 caso de calcificação de bócio.
Biópsia punção	1	células neoplásicas
Biópsia de congelação	1	carcinoma papilífero

TABELA VII - Nódulo cirúrgico de tireóide.

Distribuição quanto o tipo histológico.

SAMES-HU - Jan./83 a Ago./86.

Tipo histológico	Nº de casos	%
- Bócio nodular não hiperplásico	22	47,82%
- Bócio nodular c/áreas de hiperplasia	07	15,22%
- Adenoma simples	02	4,35%
- Adenoma de cêcula HÜRTLE	02	4,35%
- Bócio nodular não hiperplásica/c/áreas hiperplásica	01	2,17%
- Folicular	06	13,04%
- Papilífero	02	4,35%
- Medular e anaplásico	00	4,35%
- Outro procedimento n/cirúrgico	04	8,70%
TOTAL	46	100%

TABELA VIII - Nódulo cirúrgico de tireóide.

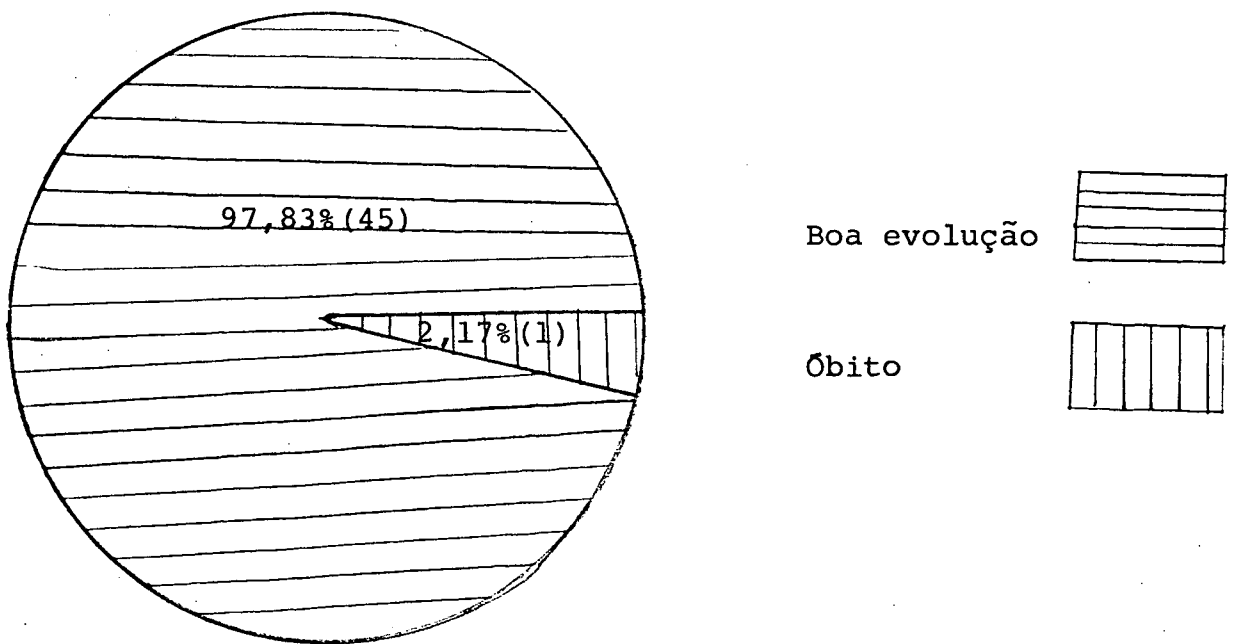
Tipo de cirurgia ou tratamento realizado.

SAME - HU - Jan./83 a Ago./86.

Tratamento	Nº de casos	%
-Tireoidectomia parcial (*SS total	29	63,04%
-Tireoidectomia total	12	26,09%
-Outro procedimento não cirúrgico nodular	04	8,70%
- nodulectomia	01	2,17%
TOTAL	46 casos	100%

\* 1 caso de tireoidectomia subtotal à direita e nodulectomia à esquerda.

FIGURA 5 - Nódulo cirúrgico da tireóide  
Evolução Intra hospitalar.  
SAME-HU - Jan./83 a Ago/86



## D I S C U S S Ã O

Neste estudo retrospectivo de 46 casos de pacientes internados no Hospital Universitário, portadores de Patologia nodular tireoideana cirúrgica compreendido no período de janeiro de 1983 a agosto de 1986. Houve uma média mensal de 1,42% de cirurgias de nódulos de tireoide internados.

Conforme a figura 1, o nódulo cirúrgico de tireoide bem como qualquer outra patologia tireoideana é mais frequente ao sexo feminino (1,4,5,8,12,13). No presente estudo a incidência encontrada foi de 86,96% (40 casos) no sexo feminino contra 13,04% (6 casos) no sexo masculino, vindo a confirmar dados obtidos da literatura. Embora a incidência de bócios nodular benignos sejam muito maior em mulheres a incidência de carcinoma tireoideano é muito maior em homens (9).

A raça branca com 45 casos (97,83%) foi a maioria absoluta contra 1 caso (2,17%) da raça preta. Não encontramos na literatura revista, observações ou afirmações que justificam-se a incidência absoluta (97,83%) da raça branca (1,4,5,6,10,11,13,14).

Procederam do interior 38 casos (82,61%) e da grande Florianópolis 8 casos (17,29%). Segundo ZERBINI (14)

a impressão é que a deficiência do Iodo está provada principalmente no Bócio nodular simples como agente etiológico fundamental, havendo, outros fatores como o topográfico a exposição a radiações, o maior conteúdo de cálcio no solo, a puberdade, a idade infantil que atuam como forças adjacentes na patologia tireoidiana. No interior pela distância do mar e a ingestão de sal não iodado facilitam para a deficiência de iodo nestas pessoas.

A distribuição quanto a idade (Tabela I) mostrou que houve um leve predomínio da 6ª década de vida (16 casos - 34,79%) em relação a 4ª década, 15 casos (32,65%). Tivemos ainda na 5ª década com 10 casos (21,73%), na 3ª e 7ª décadas ambas com 2 casos (4,35%), maior de 70 anos de vida somente 1 caso (2,17%) não houve caso algum abaixo de 20 anos de idade. Segundo FIORETTI, (5), em sua casuística de 250 pacientes houve ligeiro predomínio da 5ª década (28,4%) sobre a 6ª década (21,2%) e somente 3,2% com pacientes abaixo de 20 anos. Nenhum paciente acima de 70 anos.

A maneira a qual chegou-se ao diagnóstico da patologia tireoidiana foi a seguinte: apresentou clínica 36 casos (78,26%), achado de exame físico 17,39% (8 casos) e por meio de exames complementares 4,35% (2 casos). Segundo a literatura para suspeitar ou diagnosticar patologia tireoidiana o exame clínico (história e exame físico). É fundamental, sendo necessário provas por meio de exames complementares pa

ra confirmarem o diagnóstico (2,3,10). Provas estas que incluem. Dosagem de T3, T4, TSH, e PBI, RX de tórax, RX de pescoço, ultrassonografia, cintilografia com tecnécio ou iodo, talium, teste de supressão, linfografia, angiografia, seloniometria, biópsia por agulha fina, tomografia computadorizada e biópsia por agulha grossa (2.3).

Quanto a sintomatologia apresentada pela população pesquisada entre os sinais e sintomas destacaram-se: aumento de volume local 32,61% (15 casos), dispnéia 25,26% (13 casos), palpitações 26,10% (12 casos), emagrecimento 21,73% (10 casos) crises nervosas 21,73% (10 casos, disfagia 19,56% (09 casos), sudorese 17,40% (08 casos), nódulo doloroso 8,70% (04 casos), labilidade emocional 8,70% (04 casos). Ansiedade, astenia, pele quente, alopecia, fogachos, arritmias, dormência de extremidades 6,52% (3 casos cada). Anorexia, irritabilidade, constipação intestinal, dor epigástrica, cefaléia, disfagia 4,35% (02 casos cada), polifagia, diarreia, rouquidão, fadiga, dor pré-cordial, distúrbio de conduta e mal estar 2,17% (1 caso cada). Segundo BERNARD et alii (4). Rouquidão, paralisia do recorrente, adenopatias cervicais, antecedentes de radioterapia cervical são sintomas que tradicionalmente considerados evocadores de malignidade. Já a presença e obtenção de líquido por punção aparece quase invariavelmente ligada a benignidade (4).

Muitos dos sinais e sintomas acima citados são causados por elemento glangular hiperfuncionante. Segundo

WEBER (13) a causa mais comum de apresentar clínica relacionada com a tireóide são os casos de hipertireodismo independente da etiologia no adulto. O carcinoma da tireóide raramente causa hiperteriodismo, já que os tumores tireóidees não secretam hormônio eficientemente; porém, tem sido relatado em pacientes com grande carga tumoral de carcinoma folicular manifestam, ocasionalmente, hipertireoidismo produzido pelo tumor. (13).

Da sintomatologia supra citada fica a desejar pois na internação não temos roteiro para observação de portadores de afecção tireoidiana (11). As doenças nodulares de tireóide apresentam-se na prática clínica, com um aumento de volume da glândula, que é nodular e não difuso que pode torná-la visível à inspeção ou reconhecível apenas a palpação pode também determinar ou não sintomas clínicos, dependendo do grau de sua atividade funcional ou de seu volume (6).

A TABELA III - demonstra o tempo de evolução que variou de 25 dias até há mais de 10 anos. Tivemos nesta casuística 10,87% (5 casos) com evolução de mais de 10 anos, e 2 casos com evolução menor de 2 meses. Não tinha o tempo de evolução 32,61% (15 casos), e 21,73% (10 casos) não tinham clínica apresentada relacionada com a patologia tireoidiana. Segundo RESSINL "se um nódulo tireoidiano tiver existido por muitos anos sem alteração importante no tamanho e na consistência, a malignidade é improvável. O aparecimento



recente de semelhante nódulo ou o aumento rápido e recente de um nódulo previamente silencioso faz surgir a suspeita de malignidade" (3). Um aspecto importante a ser pesquisado num doente portador de um nódulo tireoidiano é o referente ao tempo de seu aparecimento e ao ritmo de seu crescimento. Sabendo-se que tanto os adenomas como os nódulos de bócio tem evolução e crescimento lento (6).

Na TABELA IV - observamos a distribuição quanto ao exame cintilográfico, foram 39,13% (18 exames) com cintilografia com tecnésio e 36,96% (17 exames) com cintilografia com iodo. Não fizeram exame cintilografia 11 pacientes (23,91%), estes não o fizeram por não haver iodo para a cintilografia ou por serem transferidos para outro hospital ou por não constarem nos prontuários. "Constitui rotina realizar, juntamente com as captações, um mapa chamado tireograma ou cintilograma ou ainda cintigrama ou mapeamento da tireóide, que mostra a morfologia da glândula, sua topografia, o aspecto funcional do nódulo ou nódulos existentes" (10). O teste laboratorial mais comumente usado para ajudar a decidir qual tratamento aconselhar para um nódulo tireoidiano é a cintilografia radiosotópica. Nos últimos anos, o isótopo usado era o I 131 porém agora geralmente se usa o pertecnetato de tecnésio, pois libera muito menos radiação para a tireóide. O pertecnetato de tecnécio é captado pelas células tireoidianas, porém não passa para o colóide. O aparelho mais frequentemente usado é o cintilográfico retolinear que proporciona

informação fidedigna acerca de nódulos de 1,5 cm ou mais de diâmetro. A cintilografia mostra a concentração do isótopo no nódulo e a existente no resto da glândula (09).

Na distribuição quanto a captação do elemento radioativo obtivemos os seguintes resultados. Hipocaptantes (nódulos frios) 25 casos (54,35%), morno captantes 07 casos (15,22%), hipercaptante, nódulos quentes, 8 casos (13,39%). Não fizeram cintilogramas 11 pacientes (23,94%). Obtivemos também 5 exames cintográficos com 2 tipos de captação. frio e quente 1 caso (2,17%), frio e morno 3 casos (6,52%) e quente e morno 1 caso (2,17%). As estimativas sobre a frequência de lesões malignas entre os nódulos tireoidianos classificados como "frios" pelo mapeamento da glândula são discordantes: as cifras variam entre 4,2% a 28,7%, se considerarmos apenas as publicações posteriores a 1970, sendo a percentagem média, na França, com apenas uma ~~excessão de~~ aproximadamente 10%. (4). Segundo ASHCRAFT, a maioria das lesões frias (não funcionantes) são lesões benignas com somente 17% de malignidade, e 9% dos nódulos mornos e quentes são lesões malignas (3). Nódulos isocaptantes, ou "mornos" não apresentam função aumentadas, seus portadores são eutireoidianos e suas suspeitas de malignidade, ~~nódulos hipercaptantes~~ ou autônomos são nódulos que tem função aumentada e conforme sua fase de desenvolvimento podem ou não secretar excusso de hormônio e causar hipertireoidismo. A hiperfunção nodular a- a fasta a suspeita de malignidade, sendo muito rara a possi-

bilidade desta concomitância. Nódulos hipocaptantes ou "frios" é considerada a possibilidade de se tratar de uma lesão maligna e nestes casos a indicação cirúrgica é formal" (1).

Na TABELA VI, tivemos os seguintes resultados, dosagem de T3, 43 casos com 2 casos com níveis  $\geq$  260 meses e 3 casos com níveis  $\geq$  11,5 ug/dl. Dosagem de TSH 31 casos com 3 casos somente com níveis inferiores a 1,5 ug/dl. No raio X de pescoço 5 pacientes o fizeram, onde em 1 apareceu calcificação do bôcio. Somente 1 paciente foi submetido a punção biópsia e biópsia de congelação transoperatória, o qual resultou em células neoplásicas e carcinoma papilífero respectivamente. Em 1965, YAMARAWA e NAITO introduziram a ultrassonografia como uma técnica e desde esta época esta técnica tem sido extensivamente empregada na avaliação dos nódulos de tireoide (2). Contudo na nossa casuística não houve emprego de tal procedimento. Exames séricos para determinar a função tireoidiana tem, um lugar distinto na avaliação de pacientes que apresenta nódulo de tireoide, e estes resultados podem determinar a futura conduta do paciente. Na verdade, no paciente com nódulo de tireoide que tem um nível sérico elevado de T3 e T4 pode-se suspeitar da presença de adenoma tóxico, nestes casos de malignidade pode ser excluída (2).

O método mais conveniente para se obter tecido tireoideo é através da biópsia por agulha fina (3,7). Os

resultados obtidos com a biópsia de agulha fina dependem de obtenção de uma amostra adequada do nódulo em questão, da preservação e coloração do espécime e da capacidade e experiência do citopatologista que examina o material celular. Caso essas condições sejam ideais, os resultados da biópsia com agulha fina aproximam-se em exatidão, daqueles da biópsia cirúrgica (7). A biópsia com agulha grossa é afetada se o nódulo tiver 2 a 2,5 cm ou mais e se a biópsia com agulha fina não mostrar resultado macroscópico ou microscópico satisfatório; se a biópsia com agulha fina for considerada como possível ou suspeita de carcinoma folicular, ou, se for necessário esclarecimento acerca do diagnóstico de biópsia de agulha fina ou, com suspeita de linfoma em uma glândula com tireoidite auto-imune ou suspeita de carcinoma medular e se desejarmos evitar o erro de amostragem ou, em um grande nódulo que possa ser uma neoplásia pleomórfica ou folicular (7). Segundo MULLER, o carcinoma papilífero é o tumor maligno mais comumente diagnosticado pela biópsia de agulha e é responsável por 60% da série do autor em 478 cânceres diagnosticados por esse método e confirmado à cirurgia (7). Os efeitos maléficos ou indesejáveis da biópsia de aspiração por agulha fina são: hematoma, lesão da traquéia, nervo laríngeo recorrente e de vasos sanguíneos e implantação de células malignas na pele (3). Acredita o autor que a biópsia aspirativa por agulha deva ser processo complementar usado após a ultrassonografia para o diagnóstico de nódulo de tireóide (3).

Segundo WEBER (13), além de contar com anestesia experiente na sala, deve contar e ter disposição de um patologista de tireóide, com capacidade de efetuar diagnóstico em cortes congelados.

Neste estudo retrospectivo de nódulo cirúrgico de tireóide as patologias mais frequentes quanto ao tipo histológico (TABELA VII) foram; Benignos: bôcio nódulo não hiperplásico 22 casos (47,82%), bôcio nodular com áreas de hiperplásia 7 casos (15,22%), adenoma simples 2 casos (4,35%) bôcio nodular não hiperplásico com áreas de hiperplásia 1 caso (2,17%). A incidência de malignidade em nossa população estudada foi de; carcinoma folicular 6 casos (13,04), carcinoma papilífero 2 casos (4,35%), adenoma de células de HURTLE 2 casos (4,35%) enfatizando que os tipos histológicos e anaplásicos não foram diagnosticados, ou não foram diagnosticados na amostragem.

A lesão tireoidiana benigna mais frequente encontrada foi o bôcio nodular não hiperplásico, enquanto que os adenomas foram de baixa incidência e que representa uma discordância relativa na literatura pesquisada, confirmando que nódulos benignos são muito frequentes e que somente uma pequena percentagem deles são adenomas verdadeiros (14).

As lesões malignas, apresentam características gerais que as identificam dentro do panorama patológico de malignidade, o comportamento clínico e morfológico serve para lhes dar unidade de entidade mórbida definida (14).

Em nossa série a incidência do carcinoma diferenciado de Tireóide; Papilífero e folicular reafirma o encontrado nos vários relatos da literatura, sendo que a maior frequência é o maior padrão histológico papilífero, (75%) seguido dos folículos (18%) dos casos (1,6,13). Houve uma inversão da representatividade histológica do carcinoma folicular 6 casos em relação ao papilífero 2 casos, talvez essa alternância se explique pela maior incidência de câncer folicular após 40 anos onde situam-se 29 casos dos 46 estudados.

Houve 2 casos (4,35%) de adenoma de células de HÜRTHLE que segundo a literatura incide em 6% de todos os cânceres de tireóide (9%) com potencial maligno igual ou menor do que outros tumores diferenciados. Segundo GRENDY et all recomenda-se tireoidectomia total para todas as lesões de células de HÜRTHLE acima de 2 cm (9).

Quanto ao tipo de cirurgia realizada (TABELA VIII) a mais utilizada foi a tireoidectomia sub total 29 casos (63,04%), seguindo-se a tireoidectomia total 12 casos (26,09%) a nodulectomia procedeu-se em 1 caso (2,27%) e outros procedimentos não cirúrgicos em 4 casos. (8,70%).

A tireoidectomia sub total oferece ao paciente hipertireoideo maior probabilidade de atingir o eutireoidismo e a menor demora na aquisição deste estado. Além das complicações do hipoparatiroidismo e da lesão do nervo recorrente o cirúrgião deve preocupar-se com o hipertireoidismo pós-operatório

rio e hipertireoidismo persistente ou recorrente (9). Quanto a tireoidectomia total é justificada por alguns autores que é a prevenção do hiper e não do hipotireoidismo que deve constituir a principal preocupação do tratamento, pois o primeiro é causa de morbilidade (Insuficiência Cardíaca) e de mortalidade (Crise tireóidea) nos pacientes tireoitóxicos (9).

Nos pacientes de alto risco, a ameaça de recorrência e morte é considerável, o tratamento das recorrências obtém menor êxito e a abordagem cirúrgica básica é justificadamente mais rigorosa(1). Segundo AUN e EGDAHL; "Pacientes de baixo risco são homens com 40 anos ou menos e mulheres de 50 anos ou menos, ao passo que o câncer de alto risco ocorre nos pacientes mais velhos. Os índices de mortalidade, nos pacientes de baixo risco provavelmente não ultrapassarão 1,5% nos próximos anos, enquanto os dos pacientes mais velhos, de alto risco, talvez se aproximem de 20%".(1).

Os pacientes de alto risco devem receber terapia cirúrgica primária geralmente mais agressiva, já que os índices de recorrência local são mais elevados e a doença recorrente e metastática costumam responder menos favoravelmente à terapia posterior. -A lobectomia total da tireóide no lado do tumor primário é a lobectomia sub total da tireóide no lado oposto geralmente bastam para proporcionar margens de segurança em torno do tumor primário, obliterar a tireóide normal para uso eficaz posterior do iodo radioativo e re

duziram a incidência do hipoparatiroidismo iatrogênico permanente ao mínimo absoluto (1).

A figura 5 mostra a distribuição quanto a evolução intra hospitalar, onde 45 casos (97,83%) tiveram boa evolução e 1 caso (2,17%) foi a óbito, devido a formação de hematoma com posterior compressão traqueal e consequente insuficiência respiratória aguda. Atualmente a cirurgia para nódulos cirúrgico de tireóide é gratificante, a mortalidade é baixíssima e quase inexistente, e as complicações são infrequentes (9).



## CONCLUSÃO

1. Houve uma média mensal de 1,42% cirúrgia de nódulos cirúrgicos de titeróides internado no período pesquisado.
2. O sexo feminino predominou acentuadamente sobre o masculino em 86,96%.
3. A faixa etária mais acometida foi de 50 a 60 anos com 34,79% vindo a seguir 30 a 40 anos com 32,61%.
4. A raça branca foi maioria absoluta com 97,83%.
5. Procederam do interior com 82,61% provavelmente devido os pacientes apresentarem escassos recursos financeiros e por ser o hospital pesquisado uma unidade hospitalar federal.
6. Como era de ser esperado a propedêutica consistindo do exame clônico (história e exame físico), foi a maneira a qual em 95,64% suspeitou-se ou chegou-se ao diagnóstico.
7. Na população estudada todo o nódulo de tireóide era cirúrgica sendo que somente 91,30% foi à cirurgia e outros 8,70% (4 casos), foram transferidos ou não aceitaram a cirurgia.

8. Houve um predomínio da tireoidectomia sub total 63,04% devido a maioria dos pacientes portadores de patologia benigna.
9. Ao contrário da literatura tivemos em percentual alto de lesões malignas da tireóide (21,73%) excluindo a adenoma de células de HÜRTELLE teríamos um percentual de lesões malignas de 17,04%.
10. Tivemos um percentual alto de óbito (2,17%) em relação a literatura que é quase inexistentes. (9).

## B I B L I O G R A F I A

1. AUN, Frederico; EGDAHL, Richard. H. Cirurgia endócrina.  
Livraria Atheneu. 1ª ed. Rio de Janeiro, 1984.
2. ASHCRAFT, Michael W; VAN HERLE, André J; Manegement of  
Thyroid nodular. Head 8 neck surgery - nº 3, pp. 216 -  
230. Jan./Fev. 1981. Los Angeles. USA.
3. ASHCRAFT, Michael W; VAN HERLE, André J.; Manegente of  
thyreoid nodular II. Fine needle aspiration - Head 8  
neer surgery - nº 3 pp. 297-322 . Mar./apr. 1981. Los  
Angeles USA.
4. BERNARD, M.A. Nódulos frios de tireóide (artigo origi  
nal). La Nouvelle presse médicale. Editora Brasileira  
ra, Dezembro de 1981. nº 0.
5. FIORETTI, Emília Glumeri. et alii, Jornal Brasileiro de  
Medicina, vol. 42, nº 4. Abril de 1982.
6. LEEFER, Robert D. Câncer da tireóide. Clínica Médicas da  
América do Norte. Vol. 5. 1985. Ed. Interamericana Rio  
de Janeiro, Brasil.

7. MILLER, J. Martin. Avaliação dos nódulos tireóidicos: ênfase sobre a biópsia de agulha - Clínicas Médicas da América do Norte, volume 5. 1985. Ed. Interamericana . Rio de Janeiro . Brasil.
8. ORLOFF, Marshall, J. Official Journal of the société Internationale de Chirurgie. Vol. 2. nº 3. May 1978. San Diego, USA.
9. REMINE, Willian. H. et alii. Simpósio sobre cirurgia da cabeça e pesço I. Mayo clinic. Rochester, mimegata. 55901.
10. ROSA, José Carlos da. et alii. Tireipatias de Indicação cirúrgica. Journal Brasileiro de Medicina. Vol. 46. nº 5. Maio de 1984.
11. ROSA, José Carlos da; XIII Curso sobre tireóide, Seção de cirurgia endócrina e cervical. HSPE. São Paulo, 1981.
12. SCHWARTZ, M.D. et alii. Cirurgia, 3ª ed. Vol. 2. Guanabara Koogan . Rio de Janeiro, 1981. Brasil.
13. WEBER, Carlos A. Cirurgia dos soluços da tireóide. Clínicas médicas da América do Norte. vol. 5. 1985. Ed. Interamericana, Rio de Janeiro, Brasil.

14. ZERBINI, E. J. Clínica cirúrgica Alípio Corrêa Netto.  
2ª vol. 3ª ed. Revista e Ampliada. ed. Savier. São  
Paulo, 1979.

TCC  
UFSC  
CC  
0097

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0097

Autor: Barros, Antonio Iv

Título: Nódulo cirúrgico da tiréide..



972800045

Ac. 252930

Ex.1 UFSC BSCCSM